Tom I. Rok 1908/9.

PRZEGLĄD PEDYATRYCZNY

KWARTALNIK

Zeszyt I. i II.

KRAKÓW.
ODBITO W DRUKARNI UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
POD ZARZĄDEM JÓZEFA FILIPOWSKIEGO.

Przegląd pedyatryczny

Tom I.

PRZEGLĄD PEDYATRYCZNY

KWARTALNIK

POD REDAKCYĄ: L. ANDERSA w Warszawie, J. BRUDZIŃSKIEGO w Łodzi, S. KRYSIEWICZA w Poznaniu, K. LEWKOWICZA w Krakowie i J. RACZYŃSKIEGO we Lwowie.

REDAKTOR TECHNICZNY: STANISŁAW CIECHANOWSKI W KRAKOWIE.

WYDAWCY:

L. Anders, J. Bączkiewicz, W. Banachiewicz, R. Bernhardt, M. Biehlerowa, Korybut-Daszkiewicz, E. Dytel, S. Kamieński, T. Kopeć, A. Koral, J. Kramsztyk, W. Królikowski, T. Kurella, W. Łapiński, A. Malinowski, St. Miszewski, Cz. Perdzyński, M. Roszkowski, W. Rodys, Janina Salberg, W. Sawicki, K. Sędziuk, G. Severin, A. Sikorski, A. Smiechowski, J. Smoleński, J. Wołyński, S. Zembrzuski w Warszawie; — L. Łukowski, B. Żabko-Potopowicz w Wilnie; — L. Adamczewski, W. Grabowski, A. Karwowski, S. Krysiewicz, L. Mieczkowski, J. Pomorski, M. Szulc, Br. Szulczewski w Poznaniu; — L. Jastrzębski, S. Ostrowski w Petersburgu; — W. Szczawińska w Paryżu; — Juraha-Giedroyć w Mińsku; — M. Biernacki, L. Bondy, J. Brudziński, A. Goldman, S. Gutentag, W. Jasiński, F. Łukasiewicz, A. Maszlanka, T. Mogilnicki, Z. Prechner, S. Rotwand, H. Rosenblatówna, W. Schoenaich, A. Tomaszewski, A. Trenknerowa w Łodzi; — F. Grodecki w Kownie; — K. Bielski, S. Czarnik, K. Hornung, P. Kucharski, N. Lilien, S. Ludwig, S. Meisels, J. Münzer, S. Progulski, R. Quest, J. Raczyński, M. Sołtysik, Z. Szydłowski, A. Wachtel we Lwowie; — T. Cybulski, W. Filipkiewicz, N. Gertler, A. Gettlich, E. Grażyński, H. Hirsch, Prof. M. L. Jakubowski, A. Kwaśnicki, J. Landau, R. Landau, K. Lewkowicz, A. Merz, F. Murdzieński, S. Poźniak, E. Rosenblatt, T. Żeleński w Krakowie; — A. Nowiński w Kijowie; — M. Michałowicz w Częstochowie; — S. Kramsztyk w Berlinie; — Z. Czerniawski w Baku.

TOM I.

KRAKÓW 1908/9.

ODBITO W DRUKARNI UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO
POD ZARZĄDEM JÓZEFA FILIPOWSKIEGO.

CZCIGODNEMU

NESTOROWI PEDYATRÓW POLSKICH

PROFESOROWI

M. L. JAKUBOWSKIEMU

WYDAWCY.

SŁOWO WSTĘPNE.

Na ostatnim, X. Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich objawiła się dążność do usunięcia braków czasopiśmiennictwa lekarskiego polskiego. Zjazd oświadczył, że należy dążyć do tworzenia pism specyalnych dla tych działów nauki, które dotąd w naszem piśmiennictwie nie są osobno uwzględnione. Wezwaniu temu czynią zadość za inicyatywą dr J. Brudzińskiego z Łodzi, nader chętnie przyjętą przez ogół, pedyatrzy polscy.

Pedyatrya nie jest i nie powinna być specyalnością zbyt ścisłą; przeciwnie nauka o chorobach dzieci, o fizycznym i duchowym ich rozwoju, powinna być znana i dostępna jaknajszerszym kołom lekarzy, ale też właśnie dla tego powinna się rozwijać w jaknajbardziej sprzyjających warunkach; do tych warunków, jak to przykład innych narodów poucza, należą wzorowo urządzone zakłady dla chorych dzieci, osobne towarzystwa pedyatryczne, osobne czasopisma.

Pedyatrya polska nie znajduje się jeszcze w tym okresie rozwoju, jak pedyatrya zagranicą; prace pedyatryczne rzadko wychodzą poza zakres spostrzeżeń klinicznych. Dążeniem nowego pisma będzie właśnie przez zdawanie sprawy z postępów pedyatryi zagranicą zachęcać pracowników naszych do pogłębienia badań, do wykonywania prac do-

świadczalnych, do opracowywania materyału klinicznego w szerszym zakresie.

Przystępujemy do pracy z przeświadczeniem, że dzięki osobnemu czasopismu, popieranemu moralnie i materyalnie przez wszystkich prawie pedyatrów polskich, pedyatrya nasza rozwijać się będzie szybciej i wszechstronniej; przystępujemy z gorącem pragnieniem, aby poziom jej rozwoju mógł jaknajrychlej zrównać się z poziomem pedyatryi w innych, pod szczęśliwszą gwiazdą pracujących społeczeństwach.

Z kliniki pedyatrycznej i zakładu anatomii patologicznej (dyrektor Prof. Browicz) w Krakowie.

1

O prosówce płoniczej.

Badania histologiczne i bakteryologiczne.

(Z tablicą).

Podał

Prof. Dr Ksawery Lewkowicz.

W niektórych przypadkach płonicy pojawiają się na tle wysypki płoniczej, w miejscach, gdzie wysypka występuje najsilniej i ma skłonność do zlewania się, w 4-tym 5-tym, rzadziej 6-tym dniu choroby liczne, drobne, bardzo powierzchowne, szybko później przysychające pęcherzyki, noszące nazwę prosówki płoniczej (miliaria scarlatinosa). Mówimy wtedy, jako o osobnych postaciach wysypki płoniczej, o płonicy prosówkowej (scarlatina miliaris), lub, jeżeli pęcherzyki są większe, o płonicy pęcherzykowej (sc. vesiculosa s. vesicularis), ospowatej (sc. varioloides) i pęcherzycowatej (sc. pemphigoides).

Opisy tych wykwitów, podawane przez rozmaitych autorów, są bardzo pobieżne, nie zgadzające się między sobą, a co ważniejsza niezgodne przeważnie, jak się łatwo można przekonać, z rzeczywistym stanem rzeczy. Co zaś do patogenezy zjawiska, to zwykle nie znachodzimy żadnych wzmianek, lub przypuszczenia nie poparte żadnemi ściślejszemi badaniami. Wystarczy na dowód przytoczyć kilka wyjątków z nowszych dzieł, mających za przedmiot choroby dzieci, choroby skórne i anatomię patologiczną.

I tak Heubner, którego podanie pierwsze zwróciło moją uwagę i stało się dla mnie pobudką do podjęcia własnych badań, mówi o pęcherzykach wypełnionych cieczą

przeźroczystą, później mętniejącą, przyczem dodaje: »Der Inhalt dieser Bläschen reagiert alkalisch, besteht also nicht aus dem Sekret der Schweissdrüsen allein«, z czegoby się okazywało, że przecież według Heubnera pęcherzyki zawierają głównie lub częściowo pot. W tłómaczeniu podręcznika J. Comby'ego przez Zawadzkiego znajdujemy też wskutek takiego samego pojmowania sprawy nazwę potówki, a nie prosówki. Autorzy francuzcy, Comby, a podobnie Moizard, nie wdając się w dociekania co do patogenezy, przyznają prosówce pewną autonomię i ze szczególnym naciskiem podnoszą, że łuszczenie otrębiaste wczesne, które po niej następuje, nie ma nic wspólnego z właściwem łuszczeniem płoniczem. Moizard mówi o *vésicules argentées*, które się po kilku godzinach lub kilku dniach otwierają (?), pozostawiając po sobie małe łuski naskórkowe. D'Espine i Picot podają, że pęcherzyki z początku przeźroczyste, szybko mętnieją, a następnie przysychają, i są prawdopodobnie wynikiem żywego przekrwienia skórnego, towarzyszącego wysypce płoniczej. Pfaundler w swej semiotyce umieszcza prosówkę płoniczą pod rubryką pęcherzyków z treścią (prawie) przeźroczystą. Fürbringer i Pirquet utrzymują, że pęcherzyki prosówkowe rozwijają się z obrzmień torebek włosowych. Pirquet przytacza odpowiednie spostrzeżenie i pisze: »Der Inhalt vieler Follikelschwellungen« — stwierdzonych dwa dni przedtem, t. j. 3-go dnia choroby — »verflüssigt, weisslich aussehend (Friesel)«. Unna mówi: »Die wasserhellen, kleinen, frieselartigen Bläschen und die grossen pustelähnlichen Blasen, welche zuweilen Scharlach komplizieren, harren noch ihrer histologischen Erklärung«, przyczem podnosi, że podane przez Neumanna zmiany naskórka, między innemi obecność komórek wysiękowych pod warstwą rogową, nie odpowiadają zwykłemu obrazowi skóry płoniczej. Tylko w podręczniku Zieglera znajdujemy rycinę, przedstawiającą przekrój skóry płoniczej z pęcherzykami prosówkowymi. Autor nie wdaje się jednak w bliższe określenie wysięku,

przypuszcza zaś w przeciwieństwie do Unny, że chodzi o zjawisko stałe, mające na celu przygotowanie łuszczenia. »Die Abschilferung der Epidermis wird durch Epithelverquellung und Exsudatansammlung im Stratum granulosum des Epithels vorbereitet. Bläschenbildung erfolgt durch Verflüssigung des Epithels mit Exsudatansammlung in den oberen Lagen des Stratum germinativum«.

Obraz kliniczny.

Do przeprowadzenia własnych spostrzeżeń posłużył mi materyał oddziału płoniczego szpitala św. Ludwika. Z 34 przypadków, których obserwacya rozpoczęła się najpóźniej z 4. dniem choroby, tylko 16 nie okazywało zupełnie zmian prosówkowych, 11 okazywało wybitną prosówkę, a 7 zmiany mało wybitne i makroskopowo niepewne, ale potwierdzone wynikiem badania mikroskopowego treści pęcherzyków. Jeżeli się i te przypadki wliczy jako dodatnie, otrzymamy 18 przypadków dodatnich na 16 ujemnych, coby dowodziło, że prosówkowa postać wysypki płoniczej wcale nie jest rzadka.

Wykwity prosówkowe pojawiają się z reguły 4-go lub 5-go dnia choroby, zatem wtedy, gdy już wysypka osiągnęła największe nasilenie. W przypadkach wybitnych pojawiają się one obficie i prawie równocześnie na rozległych przestrzeniach skóry. Także dalsze ich przemiany odbywają się równocześnie, to też znajdujemy je wszystkie mniej więcej — z małymi wyjątkami, lub małemi różnicami zależnemi od okolic ciała — na jednym stopniu rozwoju. Ulubioną ich siedzibą jest skóra piersi, brzucha, szyi, mniej już skóra ramion, przedramion, grzbietowej strony rąk, wewnętrznej strony ud i podudzi. Czasem prosówka pojawia się tylko na przestrzeni ściśle odgraniczonej zależnie od zadziałania pewnych bodźców zewnętrznych, i tak n. p. na szyi pod wpływem okładów. W jednym przypadku rozwinęła się ona w miejscu, do którego przylegał skrawek gazy jodoformowej, podczas gdy otoczenie,

gdzie skóra pokryta była przylepcem, pozostało wolnem. Możnaby oczywiście podawać w wątpliwość, czy chodzi tu o sprawę ściśle tę samą, jak w przypadkach prosówki ogólnej.

Pojawienie się wykwitów prosówkowych jest nagłe i następuje z jednego dnia na drugi. Wbrew zdaniu Fürbringera i Pirqueta nie zawsze prosówkę poprzedza obrzmienie torebek włosowych.

Wykwity okazują od samego początku treść nieprzeźroczystą, która już makroskopowo i już na miejscu przedstawia się jako ropa. Chodzi więc o drobne i powierzchowne krostki, a nie o pęcherzyki z treścią początkowo przeźroczystą, co znów nie zgadza się z opisem przeważnej liczby autorów. Tembardziej należy podnieść wielką zgodność z opisem, jaki daje Sabouraud dla prosówek krostkowych ostrych (ogólnych lub miejscowych), dobrowolnych lub wywołanych zadziałaniem różnych bodźców zewnętrznych. Z prosówkami temi, które dla odróżnienia będę nazywać prosówkami zwykłemi, prosówka płonicza także i pod wielu innymi względami okazuje dużo cech wspólnych.

Podania autorów co do przeźroczystości treści tłómaczą się chyba tem, że więcej kierowali się przypuszczeniem, iż chodzi tu o wydzielinę gruczołów potnych, aniżeli bezpośredniem spostrzeganiem. Tymczasem krostki prosówkowe żadnej nawet najmniejszej przymieszki potu nie zawierają i zawierać nie mogą. Różnica między płoniczą prosówką a potówką jest już ze względu na sam obraz kliniczny ogromna. Prawdziwą potówkę (sudamina) spostrzega się przy płonicy nierzadko, ale dopiero po ustąpieniu wysypki w okresie łuszczenia. Pęcherzyki są podobnej wielkości i są podobnie powierzchownie pod warstwą rogową umieszczone, są jednak w przeciwieństwie do krostek prosówki zupełnie przeźroczyste, co wobec powierzchownego położenia bardzo łatwo stwierdzić. Ich treść wydobyta cieniutką pipetą okazuje się także bezwzględnie przeźroczystą, oddziaływa kwaśno, a badanie cytologiczne nie wykazuje w niej żadnych

składników morfotycznych. Wreszcie badanie histologiczne wycinka otrzymanego drogą biopsyi wykazuje w tych wypadkach wyraźny związek pęcherzyka z ujściem gruczołu potnego.

Wielkość krostek jest rozmaita. W moich przypadkach największe dosięgały wielkości ziarnka prosa. Tylko w jednym przypadku spostrzegałem dwie większe krosty wielkości dużego grochu, umieszczone w okolicy ścięgna Achillesa, a powstałe prawdododobnie przez zlanie się kilku krostek małych. Wypełnione one były niezbyt gęstą grudkowatą ropą. Mniejsze krostki mogą być zaledwie dostrzegalne, a, jak wynika z badania histologicznego, istnieją także drobne skupienia ciałek ropnych pod warstwą rogową makroskopowo *in situ* niewidoczne.

Krostki prosówki mają żywot bardzo krótki, z reguły jednodniowy, rzadziej nieco dłuższy, mogący trwać do dwóch dni. Zwykle zatem na drugi dzień po pojawieniu się znajdujemy wszystkie, lub prawie wszystkie krostki przyschnięte w drobniutkie mniej lub więcej intenzywnie żółtawo, lub, po większych krostkach, nawet brunatnawo zabarwione strupki. Strupek po kilku dalszych dniach odpada, pozostawiając w sąsiedztwie wieńcowo wystrzępioną warstwę rogową. Na tem cały rozwój się kończy. Powikłań żadnych nigdy nie obserwowałem. Krostki zatem wbrew twierdzeniu Moizarda nigdy samorzutnie nie pękają. I pod tym względem przypominają one znów prosówki krostkowe zwykłe. Mogłyby być conajwyżej rozdrapane, ale i do tego niema zwykle powodu, gdyż sprawa nie bywa zwykle połączona z wybitniejszem świerzbieniem.

Jeżeli jednak krostkę otworzymy umyślnie, wypuścimy jej treść na zewnątrz, lub wciągniemy ją w cienką pipetę, to się przekonamy, że chodzi o rzeczywistą ropę, gęstą, dobrze związaną, podobną do ropy ropni, żółtawo zabarwioną, dającą się nieraz tylko z trudnością z pipety wydmuchać i z trudnością rozłożyć na szkiełku nakrywkowem.

Badanie cytologiczne treści krostek.

Jak wykazuje badanie cytologiczne, treść krostek zawiera po wykluczeniu komórek naskórka jako prawie wyłączny składnik morfotyczny (97—100%) ciałka krwi białe wielojądrzaste, neutrofilne. Chodzi zatem o wzór wielojądrzasty, czyli wzór ropny (Lewkowicz). Resztę (do 3%) stanowią ciałka jednojądrzaste, małe i duże limfocyty. Ciałka białe bywają częściowo mniej lub więcej znacznie zwyrodniałe.

Badanie bakteryologiczne treści krostek.

Treść krostki starano się, ile możności w całości, przenieść na szkiełko nakrywkowe. Preparaty barwiono błękitem metylenowym, fuchsyną, zielenią metylową i pyroniną według Pappenheima, przeważnie jednak, aby co do obecności gronkowców mieć wyniki względnie pewne, sposobem Gram-Weigerta. Wyniki były prawie bez wyjątku ujemne mimo przeszukiwania całego preparatu. Parę razy znaleziono parę dużych diplokoków, nie odpowiadających gronkowcowi złocistemu, obok koków czasem prątki prążkowane podobne do pseudodyfterytycznych, coby mogło świadczyć, że chodziło o przypadkowe zanieczyszczenia treści krostek.

Szczepień próbowano na agarze skośnym zwykłym, na surowicy bydlęcej, na bulionie, w agarze cukrowym głębokim i agarze cukrowym głębokim z surowicą ludzką. Powierzchnię skóry zmywano przelotnie eterem, treść krostki zbierano włosowatą wyjałowioną pipetką. Zaszczepiano ogółem treść 87 krostek z różnych przypadków, wyrosło ogółem tylko 8 kolonii. Nie jest więc wykluczone, że w przypadkach dodatnich chodziło o zanieczyszczania przypadkowe. Szczególnie ważnym wydaje się wynik ujemny szczepienia treści dwóch dużych, wspomnianych wyżej krost, gdyż zaszczepiano stosunkowo bardzo znaczną ilość ropy. Tu zakażenie następowe krost było też mało prawdopodo-

bne, gdyż treść krosty ochroniona była grubą warstwą rogową.

Badania histologiczne.

Badania histologiczne przeprowadziłem w zakładzie anatomii patologicznej prof. Browicza. Korzystałem tu często ze wskazówek, zawsze bardzo uprzejmie mi udzielanych przez docenta Glińskiego, asystenta zakładu. Niejednokrotnie zasiągałem też zdania prof. Krzyształowicza, docenta dermatologii. Wszystkim tym Panom wyrażam na tem miejscu szczerą wdzięczność.

Przedmiotem badania były małe kawałeczki skóry, otrzymane drogą biopsyi z 15 przypadków płonicy. Tylko jednak w 8 przypadkach chodziło o niewątpliwe, mniej lub więcej obfite zmiany prosówkowe, a i z tych 8 jeden przypadek był nieczysty, gdyż powikłany liszajem mieszkowym (lichen pilaris). W 3 przypadkach były tylko ślady zmian, a badanie 4 przypadków pozostałych dało wynik ujemny.

Początkowo robiono zwykłe skrawki. Gdy jednak okazało się, że pewne stwierdzenie stosunku krostek do rozmaitych tworów skórnych, torebek włosowych, gruczołów potnych, było przeważnie niemożebne, przystąpiono do układania skrawków w serye. Z jednego typowego przypadku z 5-go dnia choroby (przyp. 1.) otrzymano całkowitą seryę w celoidynie i zabarwiono hematoksyliną i eozyną. Z dwóch podobnych (przyp. 2. i 3.) z 4-go i 5-go dnia choroby brano naprzemian jeden skrawek do seryi, a drugi przeznaczono do barwienia na obecność mikrobów. Podobne badanie wykonano także w przypadku powikłanym liszajem mieszkowym (przyp. 4.). W przypadku 2-gim powtórzono badanie w 3 dni później, w 7-mym dniu choroby po zupełnem zaschnięciu krostek w strupki. Wyniki badania tych czterech przypadków stanowią podstawę podanego poniżej przedstawienia sprawy, gdyż pozostałe przypadki albo nie były wyczerpująco zbadane, albo zmiany w nich okazały się mało wybitnemi.

W typowej krostce prosówkowej, powstałej przy płonicy na gładkiej powierzchni skóry (p. tablica ryc. 1.), znajdujemy ropę umieszczoną pomiędzy warstwą rogową, a pomiędzy głębszymi pokładami warstwy rozrodczej naskórka. Warstwa rogowa jest lekko, ale niezbyt znacznie wysunięta kopułowato ku górze, reszta naskórka zepchnięta ku dołowi. Granica górna jamy krostki jest ścisła, tu i ówdzie jednak znachodzimy spodnie pokłady warstwy rogowej porozrywane i zwieszające się w strzępach w głąb jamy krostki. Granica z warstwą rozrodczą jest mniej ścisła. Jamka wypełniona jest w przeważnej części ciałkami ropnemi, czyli ciałkami białemi wielojądrzastemi neutrofilnemi, i surowicą krwi. Prócz tego znachodzimy mniej lub więcej liczne strzępy naskórka, i to przeważnie zrogowaciałego, rzadziej naskórka z warstwy rozrodczej. Krostki nie sięgały w przypadkach badanych głęboko i nawet największe były zawsze oddzielone paroma warstwami naskórka od skóry właściwej, która zatem nigdy nie była bezpośrednio dotknięta. W sąsiedztwie krostek w naskórku, a także i w skórze właściwej stwierdzano większą ilość ciałek krwi wielojądrzastych.

Podziału treści krostek na warstwy (Sabouraud), które, idąc od góry do dołu, zawierają szczątki jąder ciałek białych i grudki gronkowca, poniżej ciałka białe, które pod wpływem toksyn gronkowców utraciły pierwoszczę, wreszcie ciałka białe o budowie utrzymanej, a w nieco starszych krostkach, w górze płyn surowiczy z grudkami gronkowców, poniżej warstwę jąder, a w dole dopiero ciałka ropne lepiej utrzymane, nie można było stwierdzić, co zapewne stoi w związku z nieobecnością gronkowców w treści krostki. W większych i nieco starszych krostkach (p. tabl. ryc. 3) można tylko znaleść warstwę powierzchowną ropy już zeschniętą, podczas gdy w głębi znajduje się ropa płynna.

W trzy dni później znajdujemy na miejscu krostki gotowy strupek (p. tabl. ryc. 2), złożony z warstwy rogo-

wej dawnej, zaschniętej ropy, ku dołowi coraz mniej zbitej i mieszającej się z nieprawidłowo zrogowaciałymi warstwami naskórka, wreszcie sam naskórek nieprawidłowo zrogowaciały (parakeratoza), barwiący się silnie barwikami kwaśnymi, okazujący wyraźne jądra pałeczkowate, a właściwie plackowate.

Większe krostki rozwijają się nierzadko, ale nie tak stale, jak w prosówkach, opisywanych przez Sabourauda u wylotu torebek włosowych (p. tabl. ryc. 3). W innych przypadkach chodzi o torebkę w zawiązku, zdradzającą się czopem naskórka rogowatego (p. tabl. ryc. 4. część górna), wchodzącego mniej lub więcej w głąb warstw rozrodczych, lub i tego niema, a mimo to można przypuszczać rozwój krostki w torebce zawiązkowej, jeżeli ropa nie wypukla znacznej warstwy rogowej, a sięga za to głęboko i zawarta jest jakby w kociołku, utworzonym z paru warstw rozrodczych naskórka, jeżeli wreszcie pod tym kociołkiem znajduje się jeszcze zawiązek mięśnia gładkiego.

Oprócz tego ropienia u wylotu torebek włosowych, klinicznie przedstawiającego się jako typowe krostki prosówkowe, obserwować można jeszcze ropienie wzdłuż wewnętrznej pochewki włosa, sięgające daleko w głąb, aż do dna torebki (p. tabl. fig. 5.). Ponieważ wylot torebki nie jest wybitnie zajęty, więc klinicznie sprawa nie może się przedstawiać jako krostka prosówkowa, tylko jako obrzmienie torebki. Sprawa nie zawsze doprowadza do wytworzenia krostki, gdyż po trzech dniach stwierdzono i w danym przypadku w torebkach zaschnięcie ropy i wytwarzanie naokoło niej warstw naskórka nieprawidłowo zrogowaciałego. W innym przypadku, w którym obrzmienie torebek było bardzo wybitne, stwierdzono w torebkach tylko wytworzenie znacznych warstw naskórka nieprawidłowo zrogowaciałego, co jest według Unny objawem nadmiernej wilgotności warstw rogowaciejących, a więc obrzęku. Przymieszki ropienia nie było, tu i owdzie stwierdzić tylko można było pojedyncze ciałka białe. Obrzmienie zatem to-

rebek w płonicy może mieć za podstawę ropienie w głębi torebki, mogące, ale nie muszące doprowadzić do wytworzenia krostki u wylotu, albo nie stojące z ropieniem w żadnym widocznym związku obrzmienie warstw rogowaciejących. Nie można zatem twierdzić, jak to chcieli Fürbringer i Pirquet, że prosówka rozwija się z obrzmienia torebek, a to tembardziej, że przeważna część krostek prosówkowych nie rozwija się wcale w związku z torebkami włosowemi.

Oprócz typowych krostek, makroskopowo łatwo dostrzegalnych, stwierdzamy jeszcze mniejsze skupienia ropy (p. ryc. 6), mające od 6 do 100 μ średnicy i *in situ* chyba nie dające się klinicznie stwierdzić i nieco większe, mające od 100—200 μ średnicy *in situ* zaledwie dostrzegalne. Wreszcie oprócz tych skupień ropy zauważyć można pod warstwą rogową nacieki, złożone z rozsianych komórek ropnych, mniej lub więcej rozległe. Te mniejsze skupienia i nacieki znachodzimy często już przyschłe z podkładem naskórka parakeratotycznego, podczas gdy duże krostki znachodzą się jeszcze w pełni rozwoju.

Krostki prosówki płoniczej są na ogół drobniejsze, a zato znacznie liczniejsze od krostek prosówki zwykłej. Sabouraud (»Folliculitides«, str. 677), mówi n. p. o wielkiej obfitości w przypadku, w którym stwierdził w kawałku skóry o 4 mm wielkiej średnicy 3—4 krostek. W naszych przypadkach wymiary zbadanych kawałków wynosiły w przybliżeniu, w pierwszym 8 $\times$ 2,2 mm, w drugim 6 $\times$ 3 mm, w trzecim 8 $\times$ 2 mm. Stwierdzono histologicznie skupień ropy o średnicy większej, niż $^1/_5$ mm, zatem takich, które makroskopowo *in situ* mogłyby być dostrzeżone, — 65, mniejszych skupień i nacieków bez zbitej ropy 44, razem 109. Kawałki skóry pochodziły w przypadku 1. i 2. z przedniej powierzchni uda, w 3-cim z okolicy lędźwiowej.

Co się tyczy stosunku krostek do rozmaitych tworów skóry, to przedstawia się on liczbowo w sposób na-

stępujący: (liczby przed zesumowaniem odnoszą się do przypadku 1-go, 2-go, 3-go; rubryki, w których żaden przypadek nie był reprezentowany, są wypuszczone).

I) Torebka włosowa rozwinięta: 1 + 11 + 2 = 14, mianowicie ropienie w głębi torebki włosowej wzdłuż włosa 0 + 8 + 0 = 8, ropienie u wylotu torebki z wytworzeniem większej krostki (na $^1/_4$—$^1/_2$ mm): 1 + 0 + 1 = 2, z wytworzeniem krostki makroskopowo jeszcze widocznej na $^1/_5$ do $^1/_4$ mm): 0 + 0 + 1 = 1, nacieków bez zbitej ropy: 0 + 3 + + 0 = 3.

II) Torebka z zawiązkiem włosa: 1 + 9 + 1 = 11; mianowicie większe krostki 1 + 3 + 0 = 4, dostrzegalne 0 + 2 = + 0 = 2, mikroskopowe (poniżej $^1/_5$ mm): 0 + 0 + 1 = 1, nacieki: 0 + 4 + 0 = 4.

III) Torebka w rozwoju bez włosa 7 + 4 + 1 = 12, mianowicie: większe krostki 6 + 2 + 0 = 8, dostrzegalne 1 + 2 + 1 = 4.

IV) Zaułek powierzchni: 0 + 26 + 3 = 29, mianowicie większych krostek: 0 + 2 + 0 = 2, mniejszych dostrzegalnych 0 + 4 + 2 = 6, mikroskopowych: 0 + 3 + 1 = 4, nacieków 0 + 17 + 0 = 17.

V) Powierzchnia gładka 19 + 6 + 14 = 39, mianowicie większych krostek 6 + 2 + 7 = 15, mniejszych 7 + 0 + + 5 = 12, mikroskopowych 3 + 1 + 1 = 5, nacieków 3 + 3 + + 1 = 7.

VI) Wylot gruczołu potnego: 0 + 2 + 2, mianowicie drobnych krostek 0 + 0 + 1 = 1, mikroskopowych: 0 + 0 + 1 = 1, nacieków 0 + 2 + 0 = 2.

Pomiędzy poszczególnymi przypadkami znajdujemy zatem znaczne różnice już w gęstości zmian (28 + 58 = + 23 = 109) na równej mniejwięcej powierzchni. Liczby te odpowiadałyby zresztą tylko *maximum* gęstości, gdyż w niektórych ze zbadanych pozostałych przypadków były zmiany bardzo skąpe, a czasem znajdowano tylko jedną zmianę ropną w całej seryi skrawków.

Jeszcze wyraźniejsze różnice zachodziły między tymi

trzema przypadkami w rozmieszczeniu zmian. I tak w przypadku pierwszym znajdujemy tylko jedną zmianę w torebce wykształconej (ryc. 3), 8 w torebkach w rozwoju tak, że w przeważnej części 19: 28 zmiany rozwinęły się na powierzchni gładkiej. Podobnie przedstawia się także stosunek w przypadku trzecim 14: 23. Przeciwnie w przypadku drugim zmiany usadawiają się przeważnie w torebkach (w torebkach wykształconych 11 razy, torebkach z zawiązkiem włosa 9 razy, bez włosa 4 razy). W sąsiedztwie zaułków powierzchni znajdujemy zmiany 26 razy, u wylotu gruczołu potnego 2 razy, a wzdłuż gładkiej powierzchni tylko 6 razy.

Z tych liczb okazuje się przedewszystkiem niezbicie, że krostki prosówkowe nie pozostają w żadnym związku z gruczołami potnymi, choć mogą się niekiedy (4: 109) sadowić u wylotu gruczołów potnych, jak na jakimkolwiek innym punkcie powierzchni skóry.

Już w bliższym stosunku zdają się one być z torebkami włosowemi wykształconemi, lub będącemi w rozwoju (14 + 23: 109). Bądź co bądź stosunek ten nie jest tu widocznie tak typowy i tak stały, jak w prosówkach krostkowych zwykłych.

Przeważnie zatem rozwijają się krostki wzdłuż gładkiej powierzchni, lub co najwyżej w sąsiedztwie małych zagłębień naskórka rogowego (39 + 29: 109).

Aby zakończyć opis obrazu histologicznego, wypada mi jeszcze wspomnieć o obecności limfocytów (w 3-cim przypadku, mniej pewnie w 1-szym przypadku) w niektórych zaułkach powierzchni na zewnętrznej (górnej) stronie warstwy rogowej. Fakt ten mógłby mieć bardzo ważne znaczenie, gdyby został potwierdzony dalszemi badaniami. Nie wykluczone jest bowiem przypadkowe zanieczyszczenie powierzchni w czasie zatapiania w celoidynie.

Wreszcie pozostaje podać wynik badania skrawków na obecność mikrobów. Wyniki były w 2 przypadkach typowych prawie zupełnie ujemne mimo całego szeregu zmian

bardzo dokładnie przeszukanych, z jednym jedynym wyjątkiem: jedna, zropiała torebka włosowa była w górnej połowie wyraźnie zakażona licznemi ziarnkami nie odbarwiającemi się przy barwieniu Gram-Weigerta. Powierzchnie skórne, wyloty torebek włosowych także nie wydawały się znaczniej zakażone. Przeciwnie w przypadku powikłanym liszajem mieszkowym zakażenie powierzchni wolnej, torebek i krostek było obfite i dało się łatwo wykazać.

Patogeneza prosówki płoniczej.

Prosówka zwykła polega według Sabourauda zawsze na zakażeniu gronkowcem złocistym, który usadawia się pierwotnie w wylocie torebki włosowej, stąd przełamuje warstwę rogową i zaczyna pod nią bujać w sąsiedztwie wylotu mieszka włosowego (Porofolliculitis). Tutaj także gromadzi się ropa, a w niej tuż pod kopułą utworzoną z warstwy rogowej łatwo wykazać grudki, prawdziwe zooglee gronkowca złocistego. Czasem jednak grudka ta znajduje się tylko częściowo wewnątrz jamy krostki, a przeważnie w samej warstwie rogowej, częściowo nawet na zewnętrznej powierzchni (Sabouraud, »Folliculites«, str. 688, ryc. 112). Sabouraud przypuszcza też, że gronkowiec złocisty, jeżeli jest bardzo złośliwy — co się często zdarza na tle zmian liszajcowych paciorkowcowych — i jeżeli się znajduje w zetknięciu ścisłem z naskórkiem rogowym, może wywołać pod sobą, jak ciasto kantarydowe przez warstwę rogową podniesienie naskórka rogowego i podbiegnięcie surowiczoropne, a przechodzi przez warstwę rogową dopiero wtedy, kiedy pierwsza zmiana została już na odległość naszkicowana. Działanie może się wtedy odbywać nietylko z wylotu torebki włosowej, ale i z wolnej powierzchni.

Wobec daleko idącego podobieństwa budowy najprostszą rzeczą byłoby przypuścić, że i patogeneza prosówki płoniczej jest podobna. Nasuwają się jednak pod tym względem — przynajmniej na podstawie wyników dotychczasowych moich badań — poważne wątpliwości. W tre-

ści krostek ani mikroskopowo, ani bakteryologicznie, ani histologicznie nie stwierdza się obecności gronkowców. Trzebaby zatem przyjąć, że działają one z wolnej powierzchni, lub z powierzchownych pokładów warstwy rogowej swemi toksynami przez warstwę rogową. Wtedy jednak musiałyby posiadać w myśl wywodów Sabourauda, znaczną jadowitość, a ich skupienia musiałyby być z warstwą rogową conajmniej w bardzo ścisłem zetknięciu. Tę znaczną jadowitość mogłyby nabywać nawet mniej jadowite pnie w skórze samej w warunkach zmienionych przez wysypkę płoniczą. Jednak znów przeciw znaczniejszej jadowitości przemawiałaby poronność zmian i brak jakichkolwiek powikłań nawet wtedy, gdy ropienie sięga daleko w głąb torebek włosowych. Trzebaby więc chyba przyjąć, że nawet i słabo jadowite gronkowce mogą na tle zmienionych przez wysypkę warunków, ale tylko przez krótki czas, działać tak, jak w prawidłowych warunkach działają tylko jadowite. Koniecznem jest jednak, jeżeli się ma przyjąć pochodzenie gronkowcowe prosówki płoniczej, żeby można było dla każdej poszczególnej krostki te groncowce udowodnić, choćby tylko w ściślejszem zetknięciu z warstwą rogową, co przecież nie powinno przedstawiać większych trudności. Dotychczas dowód ten jeszcze się nie udał nawet tam, gdzie powinien być stosunkowo najłatwiejszy dla ropni głęboko sięgających (z jednym wyjątkiem). Być może, jest to jednak winą niedostatecznej techniki.

Wobec ujemnych wyników badania na gronkowce niewykluczona jest jeszcze druga możliwość, mianowicie, że chodzi tu o działanie samego uorganizowanego jadu płoniczego. Jad płonicy bardzo intenzywnie działa na naskórek, mianowicie na warstwy rogowaciejące i zrogowaciałe, o czem można wnosić z niestosunku, jaki zachodzi między głębokiemi zmianami w naskórku, a nieznacznemi stosunkowo zmianami zapalnemi w skórze właściwej (Unna). Za tem, że chodzi tu o działanie jadu uorganizowanego, a nie jego toksyn, przemawia oddawna utrzymujące się

między lekarzami przekonanie o zaraźliwości łusek przy płonicy. Otóż ten jad gromadzący się w warstwie rogowej na mocy jakiegoś szczególnego do tejże powinowactwa mógłby sprowadzać w pewnych warunkach ropienia pod warstwą rogową. Byłby to jednak jedyny przykład ropienia, wywołanego czystym jadem płoniczym, a przytem pozostałoby znów niewyjaśnionem, dlaczego ropienie nie występuje w każdym przypadku płonicy, przynajmniej w każdym przypadku z silnie rozwiniętą wysypką.

Streszczenie.

1) Treścią wykwitów prosówki płoniczej jest typowa gęsta ropa, zawierająca jako główny, prawie wyłączny składnik cytologiczny ciałka białe neutrofilne, czyli ciałka ropne. Wykwity są zatem powierzchownemi drobnemi krostkami, i to od samego początku, od chwili swego powstania, nie przechodzą zatem wbrew opisowi wielu autorów przez okres pęcherzyka z treścią przeźroczystą. Wykwity nie zawierają wcale potu i nie stoją z reguły w żadnym związku z gruczołami potnymi.

2) Obraz histologiczny prosówki płoniczej odpowiada w zupełności obrazowi prosówek zwykłych, powstających zawsze według Sabourauda na tle zakażenia gronkowcem złocistym, zwanych także liszajcem Bockhardta — z tem zastrzeżeniem, że pęcherzyki są niekiedy bardzo liczne i częściowo bardzo drobne, nawet mikroskopijne, i że nie rozwijają się tak stale, jak tamte, przy ujściu torebek włosowych jako krostki okołotorebkowe wylotowe (porofolliculitis).

3) Mimo to gronkowca złocistego z reguły nie udaje się wykazać w treści pęcherzyków, ani mikroskopowo, ani bakteryologicznie, ani histologicznie. Trzeba zatem przypuścić, że w pewnych przypadkach — głównie zapewne, gdy skóra jest więcej, niż zwykle zakażona — mikroby znajdujące się na zewnętrznej powierzchni warstwy rogowej mogą w zmienionych przez wysypkę płoniczą warunkach działać

bez przedarcia się przez warstwę rogową lub tylko po wniknięciu w jej powierzchowne pokłady na odległość swemi toksynami i wywoływać w ten sposób przypływ i gromadzenie się ciałek ropnych. Nie jest jednak na razie wykluczone, że chodzi tutaj o działanie chemotaktyczne samego uorganizowanego zarazka płoniczego, osadzającego się w czasie wysypki płoniczej w warstwie rogowej, lub warstwie ziarnistej.

Piśmiennictwo.

J. Comby: Podręcznik chorób dzieci, tłum. Zawadzkiego, 1902, str. 63.

D'Espine i Picot: Traité pratique des maladies de l'enfance. Paris 1899. str. 59 i 61.

Fürbringer: »Scharlach«, artykuł w Realencyklopädie Eulenburga. III, Aufl. 1899, tom XXI, str. 543.

Heubner: Lehrbuch der Kinderheilkunde 1903, tom 1, str. 335.

Lewkowicz: O cytologicznem badaniu wysięków i przesięków, Przegl. lek. 1904, i Wien. klin. Wochs. 1904.

Moizard: «Scarlatine« w Grancher i Comby: Traité des maladies de l'enfance. II. édit. Paris 1904, tom I, str. 274 i 275.

Neumann: Über die histologischen Veränderungen der Haut bei Morbillen und Scarlatina. Wien. med. Jahrb. 1882, cyt według Unny.

Pfaundler: »Semiotik der Kinderkrankheiten« w Pfaundler i Schlossmann: Handbuch der Kinderkrankheiten. I. Bd., str. 193.

Pirquet: »Scharlach«, tamże I. Bd. str. 676.

Sabouraud: »Impetigo« i »Folliculites» w Besnier, Brocq i Jacquet: La pratique dermatologique. Tom II. Paris 1901.

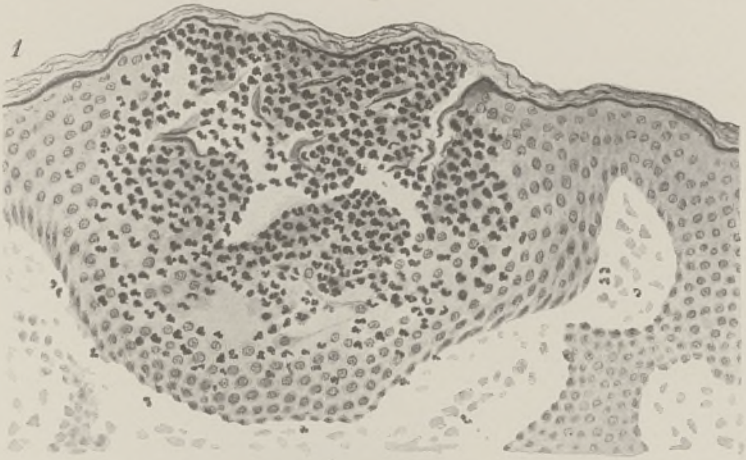
Unna: »Hautkrankheiten« w Orth: Lehrbuch der speziellen pathologischen Anatomie, Berlin 1894.

Ziegler: Lehrb. der spec. path. Anatomie, XI. Aufl. Jena 1906, str. 491.

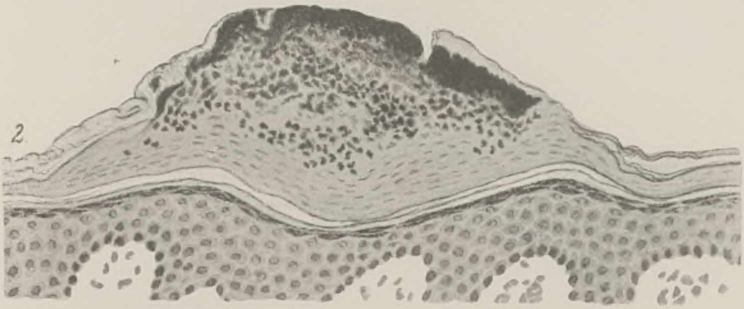
Objaśnienie tablicy.

1. Krostka prosówkowa średniej wielkości 0,28 mm średnicy, wykwitła na gładkiej powierzchni. Pod nią jednak w głębi skóry właściwej, podobnie jak pod krostką w ryc. 3., trafia przekrój na mięsień gładki. Dolne pokłady warstwy rogowej częściowo porozrywane i zwieszające się w strzępach w głąb krostki. Jama krostki zawiera oprócz ciałek ropnych w górnej części dużo strzępów naskórka zrogowaciałego, w dolnej części także komórki z warstwy rozrodczej, oderwane od podłoża.

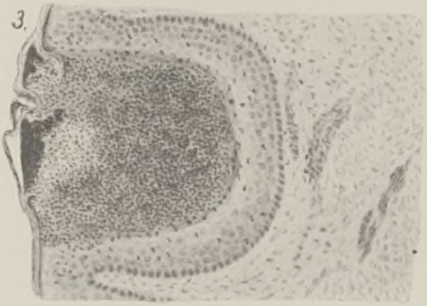
1



2.



3.



4.



5.



6.



Lewkowicz

Ks. Lewkowicz.

2. Krostka prosówkowa zaschnięta w strupek, który się już od podstawy oddzielił, zapewne podczas wycinania kawałka skóry, trzy dni po szczycie rozwoju. W strupku znajdujemy: dawną warstwę rogową (brakuje jej jednak na szczycie strupka), zaschłą ropę z dającemi się jeszcze odróżnić jądrami ciałek białych, ku dołowi coraz mniej gęstemi, wreszcie pokłady naskórka nieprawidłowo zrogowaciałego (parakeratoza). Pod strupkiem warstwa naskórka zrogowaciałego prawidłowo i warstwa ziarnista.

3. Większa krostka prosówkowa, mająca prawie 0,5 mm średnicy, a 0,55 mm głębokości. Rozwinęła się ona w torebce włoska meszkowego, przeciętego w danym przekroju tuż przy powierzchni skóry, na sąsiednich przekrojach nad powierzchnią i w głębi jamy krostki. Pod krostką przeciąga mięsień gładki. Powierzchowne warstwy ropy zaczynają przysychać. Warstwa rogowa częściowo postrzępiona.

4. W górnej części głęboka torebka włosowa z włosem niezupełnie wykształconym. Naokoło włosa ropa.

W dolnej częśei krostka prosówkowa tej samej wielkości, co w ryc. 1. wykwitła w sąsiedztwie ujścia gruczołu potnego.

5. Ropienie głębokie w torebce włosowej, nie dosięgające do po wierzchni skóry. Włos przecięty skośnie w dwóch miejscach.

6. Mikroskopowa krostka prosówkowa, mająca 0,06 mm średnicy.

Ryc. 3. z przypadku pierwszego, wszystkie inne z przypadku drugiego.

Barwienie hematoksyliną i eozyną.

Powiększenie w rycinach 1. i 2-giej 200: 1, w 3—6-tej 50: 1.

Z „Gisela-Kinderspital“ w Monachium (lekarz naczelny, docent dr. J. Ibrahim).

Badania nad lipemią trawienną u oseskó w

podał

dr. Tadeusz Kopeć

asystent Domu Wychowawczego przy szpitalu Dziec. Jezus w Warszawie.

Do niedawna jeszcze ceniliśmy tłuszcze jedynie dla ich wielkiej w stosunku do białka i węglowodanów wartości odżywczej, jako materyału palnego i dla ich własności nagromadzania się w ustroju w postaci zapasów. Dopiero niedawno doświadczenia Weigerta (1) dowiodły, że tłuszcze, w pokarmach przyjęte, przyczyniają się również do przyrostu substancyi stałych i popiołu.

Z drugiej znowu strony już Biedert pierwszy zwrócił uwagę na wielką szkodliwość tłuszczów w pewnych przypadkach zaburzeń przewodu pokarmowego u niemowląt, a następnie przyznawano im coraz większą rolę w tym kierunku. Wystarczy wspomnieć tutaj o pracach Czerny-Kellera (2), Salgego (3) i Langstein-Meyera (4). Własność tę mają posiadać zarówno tłuszcze mleka kobiecego, jak i krowiego.

Niezmiernie ciekawem wydaje się pytanie, jak wielką zdolność przyswajania tłuszczów mają niemowlęta.

Badania w tym kierunku są nader nieliczne, bo tłuszcze, które wessaniu nie uległy, wydzielają się z kałem w postaci rozpuszczalnych lub nierozpuszczalnych mydeł, a określenie ilościowe tych ostatnich jest zadaniem techni-

cznie trudnem (2). Szukano innego sposobu i zwrócono się do badań nad lipemią trawienną.

Neumann z jednej i Neisser-Braeuning z drugiej strony (5) systematycznie badali szybkość zjawiania się we krwi oraz ilość zawiesiny tłuszczowej, która wkrótce po przyjęciu pokarmów dostaje się do systemu krwionośnego w postaci mlecza z przewodu piersiowego. Pierwszy z nich badał zjawianie się drobnych pyłków tłuszczowych pod drobnowidem, przy zaciemnionem polu widzenia. Jak słusznie jednak Schelble zauważył, nie można w ten sposób określić ilości wchłoniętego tłuszczu. Metoda Neisser-Braeuninga makroskopowa, przy dokładności jest trudna, wymaga kilku dni czasu i dużej ilości krwi, bo aż 15 ctm.^{3}, nie nadaje się więc zupełnie do badań klinicznych u niemowląt.

Dopiero niedawno ogłosił Schelble (6) swoją, odpowiednio zmodyfikowaną i zastosowaną do małej ilości krwi u niemowląt metodę. Jej strona techniczna polega na tem, że po uprzedniem obmyciu dużego palca u nogi, robi się nakłucie jak do zwykłego badania krwi, wyciekające krople wciąga się do bardzo wązkiej rurki, przenosi się je do specyalnej probówki i centryfuguje natychmiast. Probówka, u dołu spiczasto zakończona, ma 3 ctm. długości, 3 mm. światła w górnym końcu i 0,15—0,18 ctm.^{3} pojemności, więc około trzech kropli wszystkiego. Ażeby uniknąć przelewania krwi, uprzedzić jej szybkie ścinanie się, chcąc sobie poprostu ułatwić otrzymywanie ładnej, t. zn. nie zabarwionej hemoglobiną surowicy, chwytałem krew wprost do probówki. Ponieważ jednak jej światło jest tak wązkie, że każda większa kropla je zamyka (a wówczas niepodobna napełnić probówki bez pomocy pipety lub rurki, bo zamknięte przez pierwszą kroplę powietrze, nie daje spływać następnym), postępowałem więc w ten sposób, że najpierw chwytałem maleńką ilość, silnem wstrząśnięciem sprowadzałem ją szybko ku dołowi, a następne, zawsze nieduże, tworzące się dopiero kropelki, spływały już łatwo po

świeżo zwilżonej ściance. Probówkę trzeba napełnić prędko aż po same brzegi i zaraz mocno centryfugować. Czerwone ciałka osiadają na dnie, a w górnej części pozostaje osocze, które się wkrótce ścina. Schelble oddziela igłą platynową ten jasny skrzep od ścianki i centryfuguje dalej. Ponieważ zwykle powstają nowe delikatne skrzepy, powtarza to samo kilkakrotnie.

W moich badaniach postępowałem nieco odmiennie. Po pierwszem centryfugowaniu wstawiałem probówki do lodowni, po kwadransie miałem już jędrny skrzep sadłowaty, oddzielałem go cienką igiełką od ściany i teraz dopiero centryfugowałem powtórnie. Dzięki tej małej zmianie, dostawałem odrazu zupełnie od włóknika wolną surowicę. Jej przeźroczystość, zależna od ilości obecnej zawiesiny tłuszczowej, daje się z łatwością określić pod światło, a jeszcze lepiej na czarnem tle, przy odpowiedniem oświetleniu. Należy tylko przy wszystkich czynnościach możliwie unikać rozgniatania krwinek, bo hemoglobina zabarwia surowicę i przez to utrudnia niezmiernie badanie.

Neisser i Braeuning robili doświadczenia tylko na dorosłych i dowiedli, że surowica każdego zdrowego człowieka mętnieje po przyjęciu pokarmów tłuszczowych, a ta substancya, która zmętnienie wywołuje, jest 1) w wodzie nierozpuszczalna, 2) rozpuszcza się w eterze, 3) ma ciężar gatunkowy lżejszy, niż woda, 4) barwi się wszystkimi, dla tłuszczów swoistymi barwikami, i wreszcie 5) pozostawia ślad tłusty na papierze. Stąd wniosek prosty, że niewątpliwie mamy w tych razach przed sobą zawiesinę tłuszczową i prawdopodobnie identyczną z tłuszczami, przyjętymi w pokarmach (w tym względzie N. i B. przeprowadzili bardzo ciekawe doświadczenia na zwierzętach).

Że tak jest w istocie, stwierdzają również badania Schelblego, przeprowadzone w 100 przypadkach.

Wyniki mych badań, przeprowadzonych w sześćdziesięciu kilku przypadkach, nie licząc doświadczeń na zwierzętach, są zgodne z tymi, jakie otrzymał autor metody.

Trzymałem się również jego podziału i rozróżniałem surowice czyste — 0, bardzo słabo mętne — I, słabo mętne — II, mętne — III, silnie mętne — IV, i bardzo silnie mętne — V. W tablicach oznaczam je odpowiedniemi cyframi.

Chcąc się upewnić co do wyglądu surowicy czystej, głodowej, zacząłem od badania krwi własnej, w 15 godzin po ostatniem przyjęciu pokarmów. Następnie badałem krew dzieci, które dla tych lub innych powodów pozostawały czas dłuższy na dyecie ścisłej albo beztłuszczowej, z wynikiem następującym:

1) S. Johann, 2½ miesiąca, 3.680 grm. wagi, 6 wolnych śluzowych wypróżnień i wymioty. 48 godzin tylko na herbacie, surowica czysta; następnego dnia *st. quo ante*, 72 godzin tylko na herbacie — surowica czysta.

2) R. Anna, 8 m., 5.220 grm., 8 wolnych śluzowych wypróżnień. 24 godzin tylko na herbacie — surowica czysta.

3) W. Maximilian, 7 m., 3.440 grm., 6 wolnych śluzowych wypróżnień. 48 godzin tylko na herbacie. — surowica czysta.

4) O. Katharina, 8½ m., 5.350 grm., dziecko zdrowe, przybywa dobrze na mleku krowiem. Dla próby dostała rano, 200,0 kleju ryżowego z cukrem; po 4 godzinach surowica czysta. Drugie, takie same śniadanie; po 2 godzinach surowica czysta i t. d.

O ile tutaj widzimy zgodne wyniki ujemne, o tyle w następnej seryi przypadków, u dzieci, które dostawały pożywienie zwykłe, tłuszczowe, znajdziemy zawsze zmętnienie surowicy, wahające się jednak w dosyć szerokich granicach:

1) M. Wolfgang, 4 m., 3.380 grm., 3 dobre wypr. Dostał 50,0 mleka krowiego i wody aa 80,0; po 2 godzinach surowica mętna.

2) K. Anna, 7 m., 3.310 grm., 2 papkowate wypr. Dostała 50,0 mleka krowiego z kleikiem; po 2 godzinach surowica bardzo silnie mętna.

3) K. Irmingard, 9 m., 5.990 grm., 3 dobre wypr. Dostała 200,0 mleka krowiego; po 2 godzinach surowica silnie mętna.

4) M. Anna, 5 m., 1 dobre wypr. Dostała 200,0 zupy słodowej, w tem trzecia część mleka krowiego; po 2 godzinach surowica słabo mętna.

5) W. Margarethe, 7½ m., 4.340 grm., 2 dobre wypr. Dostała 160,0 mleka krowiego; po 2 godzinach surowica silnie mętna.

6) G. Ilse, 2½ lat, 6,670 grm.(!), 4 papkowate wypr. Dostała jedno żółtko jaja kurzego na miękko; po 2 godzinach surowica słabo mętna i t. d.

Wahania te zależą przedewszystkiem od ilości przyjętego tłuszczu i następnie od czasu badania. Jakkolwiek Schelble sam zauważył, że jego metoda, optyczna, nie wykrywa minimalnych ilości tłuszczów, zawartych np. w odwarach, kleikach roślinnych i t. p., to jednak jest ona tak czuła, że już po względnie małej dawce zmętnienie daje się z łatwością zauważyć. Wystarczy kilka przykładów:

1) J. Friedrich, 3 m., 2260 grm., dziecko nędzne, z powodu ostrej niestrawności było przez dobę tylko na herbacie. Następnego dnia dostało 50,0 śmietanki (12% tłuszczu) *plus* 650,0 wody, podzielone na 7 razy. W dwie godziny po pierwszej takiej porcyi, zawierającej około 1,0 tłuszczu, znalazłem już słabe zmętnienie.

Następne przykłady wskazują równocześnie wpływ dawki na stopień zmętnienia surowicy:

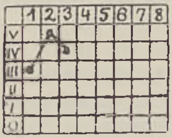
2) K. Anna, 8 m., 3800 grm., 2 dobre wypr. Dostała rano 120,0 mleka krowiego (3,5% tłuszczu); po 4 godzinach surowica mętna.

Następnego dnia rano dostała 120,0 mleka odtłuszczonego (0,35%, więc wszystkiego 0,42 tłuszczu); po 4 godzinach surowica minimalnie mętna, prawie czysta.

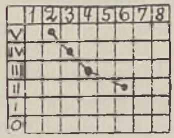
3) M. Anna, 6 m., 6000 grm., 2 dobre wypr. Dostała rano 180,0 mleka krowiego (3,5% tłuszczu), po 4 godzinach surowica bardzo silnie mętna.

Na drugi dzień rano dostała 180,0 mleka odtłuszczonego (0,35%, więc wszystkiego 0,63 tłuszczu); po 4 godzinach surowica słabo mętna i t. d.

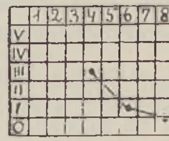
Sam przebieg lipemii trawiennej u osesków da się w ten sposób określić, że wkrótce po przyjęciu pokarmów tłuszczowych zjawia się we krwi widoczna już dla gołego oka (w surowicy) ilość pyłków krwi (hemokonii), że ona szybko narasta w przeciągu pierwszej i drugiej godziny, dosięga swego najwyższego punktu, wcześniej niż u dorosłych (5), bo już pomiędzy drugą a trzecią godziną, następnie się równie szybko zmniejsza i ginie wreszcie po 8 godzinach mniej więcej:



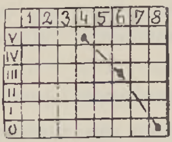
L. Wilhelm, 100 grm. mleka kobiecego.



K. Irmingard, 200 grm. mleka krowiego.



K. Anna, 120 grm. mleka krowiego.



M. Anna, 180 grm. mleka krowiego.

(Cyfry u góry oznaczają godziny, rzymskie po lewej stronie stopień zmętnienia).

Tych kilka przykładów wystarcza najzupełniej, ażeby się przekonać, jak różne wyniki możemy otrzymać u tego samego osobnika. Dlatego też robiąc badania porównawcze, nad kilkorgiem dzieci, należy brać krew koniecznie o jednej i tej samej porze, najlepiej po 2 lub 3 godzinach, kiedy wynik jest najwyraźniejszy. Trzeba też zawsze próbne śniadania dawać rano, to znaczy naczczo, bo tylko wtedy wyłączyć możemy częste omyłki, pochodzące od lipemii, trwającej w normalnych warunkach dzień cały u niemowląt, karmionych mlekiem kobiecem lub krowiem.

Oprócz wspomnianych, zależnych tylko od nas czynników, są jeszcze inne, mało nam znane i trudno uchwytne które jednakże wpływają niewątpliwie na przebieg lipemii trawiennej.

Pomijam wiek dziecka i jego wagę, bo skoro one rozstrzygają poniekąd o ilości krwi w ustroju, to muszą tem samem wpływać na stopień rozcieńczenia zawiesiny tłuszczowej, a więc i stopień zmętnienia surowicy. Przechodzę od razu do innych, bardziej ciekawych czynników.

Tutaj należą różnice indywidualne, stan zdrowia ogólnego i w szczególności przewodu pokarmowego. Wszak od nich zależy szybkość i sprawność sprawy przyswajania tłuszczów u danego osobnika. Że takie różnice indywidualne istnieją, musimy przyjąć już *a priori*. Że one nawet są do-

stępne przy badaniach metodą Schelblego, wskazuje najlepiej obserwacya:

Albert i Anna K., bliźnięta, 7 m. wieku, pierwsze 3180, drugie 3310 grm. wagi. Pierwsze nie znosi mleka, przybywa mu wagi na maślance, klejach i t. d. Drugie przeciwnie — czuje się dobrze i przybywa mu wagi na mleku. Jak różnie one przyswajają tłuszcze, widać z następnego:

Anna dostała 50,0 mleka, po 2 godzinach surowica bardzo silnie mętna.

Albert dostał dla próby 100,0 mleka, więc dwa razy tyle, mimo to jednak po 2 godzinach miał surowicę zaledwie mętną.

Co się tyczy wpływu warunków normalnych i patologicznych, to o ile badania w tym kierunku są ciekawe, o tyle są też i trudne. Nietylko ze względów technicznych (mam tutaj na myśli niedoskonałość metody), lecz przedewszystkiem klinicznych. Przy ostrych zaburzeniach żołądka i kiszek niepodobna dzieci tak ciężko chorych pozbawiać kilkakrotnie nawet tej małej ilości krwi, która jest potrzebna dla zebrania jednego spostrzeżenia. Jeżeli zaś chodzi nie o teoretyczne badania, ale o zastosowanie kliniczne metody, wyzyskanie jej w celach dyetetycznoleczniczych, w celu poznania tolerancyi danego osobnika na tłuszcze, to właśnie takie badania są najważniejsze. Osobiście mam bardzo małe doświadczenie w tym kierunku i żadnych wniosków postawić nie mogę.

Prawie to samo muszę powiedzieć o wynikach, które otrzymywałem, badając łatwość i szybkość przyswajania rozmaitych rodzajów tłuszczów, oraz wpływ sposobu ich przygotowania. W danym przypadku staje na przeszkodzie jedynie niedostateczność czysto optycznej metody. O ile np. po tranie dostawałem zawsze u dzieci zdrowych wyraźne zmętnienie surowicy, o tyle znowu po olejku rącznikowym, u dzieci chorych, wynik był zwykle niejasny. Jakkolwiek więc pewnem się zdaje, że tran jest tłuszczem dobrze i łatwo przez oseski przyswajanym, nie mogę wyłączyć możliwości wsysania minimalnej ilości olejku rącznikowego. Najlepiej uwidoczni to kilka przykładów:

1) M. Anna, 6 m., 6000 grm., trawienie dobre; dostała rano na pierwsze śniadanie 180,0 kleju ryżowego i 5 ctm.^{3} czystego tranu; po 4 godzinach surowica silnie mętna.

2) K. Anna, 8 m., 3800 grm., trawienie dobre; dostała rano na pierwsze śniadanie 120,0 kleju ryżowego i 5 ctm.^{3} czystego tranu; po 4 godzinach surowica mętna.

3) R. Anna, 8 m., 5220 grm., była przez dobę tylko na herbacie (patrz wyżej) i miała surowicę zupełnie czystą. Dostała 5 ctm.^{3} oleju rącznikowego i po godzinie miała surowicę niewyraźnie, po 2 godzinach wyraźnie czystą i t. d.

Wobec tak niewyraźnych wyników, badałem następnie już nie różnicę w zmętnieniu, ale szybkość znikania pyłków (hemokonii) ze krwi. Przytaczam później najlepsze spostrzeżenie i najdokładniejsze, bo dotyczące jednego dziecka:

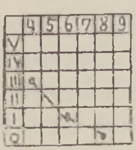
K. Irmingard, 11 miesięcy, trawienie dobre.

21. VIII. waga 6020 grm., dostała rano 100,0 mleka krowiego wyjałowionego, zawierającego 3,3% tłuszczu; tablica A.

24. VII. waga 6100 grm., dostała rano 100,0 mleka krowiego surowego, zawierającego 3,3% tłuszczu; tablica B.

28. VII. waga 6210 grm., dostała rano 103,0 mleka kobiecego zestrzykniętego, zawierającego 3,2% tłuszczu, więc tę samą ilość co i poprzednio; tablica C.

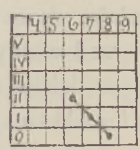
Ażeby uniknąć głodzenia, dawałem dziecku w 4 godziny po próbnem drugie śniadanie, składające się z 200,0 kleju ryżowego z cukrem, który, jak nam już wiadomo, nie może wpływu żadnego wywierać na lipemię.



A.



B.



C.

(Cyfry u góry oznaczają godziny, rzymskie po lewej stronie stopień zmętnienia).

Porównując te trzy tablice, znajdziemy tylko wyraźną różnicę na niekorzyść surowego mleka krowiego. Jakkolwiek na podstawie nielicznych doświadczeń nie mogę wysnuwać wniosków stanowczych, to jednak wspomnę, że Cronheim i Müller (8), badając przemianę materyi

u dzieci na drodze chemicznej, otrzymali wynik analogigiczny, a mianowicie, że tłuszcze pokarmów wyjałowionych są łatwiej przez dzieci przyswajane.

Przechodzę teraz do tych nam mało znanych spraw, które wywołując znikanie hemokonii ze krwi, wpływają przez to samo na przebieg lipemii trawiennej. Jak się to dzieje, dotąd nie wiemy. Wiadomo np., że nawet czysta surowica, głodowa, zawiera pewną ilość tłuszczu, choć go optycznie stwierdzić nie możemy, nawet przy najsilniejszych powiększeniach ultramikroskopu. Neisser i Braeuning wspominają o tem i przypuszczają, że albo tłuszcz ten jest w stanie rozpuszczonym, albo tak subtelnie rozpylonym, że trudno wiedzieć, czy to jest jeszcze zawiesina, czy też już stan koloidalny. Abderhalden (9) mówi: z nastaniem wessania tłuszczów w jelitach znajdujemy wyraźne zmiany we krwi. Z przewodu piersiowego wylewa się bogaty w tłuszcz mlecz wprost do układu krwionośnego. Ilość tłuszczu we krwi zwiększa się znacznie, potem się zmniejsza stopniowo aż do pewnych granic. Niejasne jest dotąd, jak sobie tę sprawę mamy tłómaczyć. Pyłki tłuszczowe nie przenikają przez ściany naczyń włosowatych. Być może, pewną rolę odgrywają w tym względzie leukocyty. Czas jakiś nawet przypuszczano, że krew posiada specyalny ferment—lipazę. Obecność jego byłaby jednak niezrozumiała, skoro ustrój broni się zapomocą syntezy w jelitach przed wolnymi kwasami tłuszczowymi. Przypuszczenie to jest już dzisiaj odrzucone i dzięki badaniom Connsteina i Michaelisa możemy przyjąć nieomal za pewnik, że krew posiada własność przeprowadzania tłuszczów w jakąś inną, dotąd nie zbadaną, rozpuszczalną w wodzie substancyę.

Nie myśląc nawet o rozwiązaniu tego zadania, postawiłem sobie pomniejsze i bliższe pytanie — czy długie trwanie lipemii trawiennej oznacza, że przez te 8 godzin, powiedzmy, trwa jeszcze ciągle wessanie w jelitach, czy też się ono już dawno skończyło, a to, co widzimy, jest tylko dotąd nie zmienioną, dostępną dla oka zawiesiną tłuszczową.

Ażeby módz na pytanie powyższe odpowiedzieć, musiałem szukać lipemii w innych niż przy trawieniu warunkach.

Przy przecinaniu i łamaniu kości tłuszcz bezpośrednio przechodzi do naczyń krwionośnych, czego dowodem obecność w tych razach tłuszczomoczu (lipuryi) i — co się już rzadziej widuje — zatorów tłuszczowych. Badałem krew dzieci, którym robiono osteotomie. Liczyłem na to, że jeżeli mi się uda stwierdzić obecność zawiesiny tłuszczowej, to, znając chwilę zniknięcia lipemii i chwilę, kiedy wsysanie tłuszczu się zaczęło (zdjęcie przepaski elastycznej), będę mógł wiedzieć, jak długo on krąży w stanie niezmienionym. Ponieważ były to dzieci starsze i dobrze odżywiane, mogłem więc sobie pozwolić na kilkakrotne powtórne badania.

Niestety wynik był zawsze ujemny, jakkolwiek krew brałem w różnych odstępach czasu. Widocznie tłuszcz kostny, choć się rozdrabnia i to dość znacznie (bo inaczej dostawalibyśmy po każdej takiej operacyi liczne zatory), nie przechodzi jednak dostatecznie w zawiesinę i przez to nie daje zmętnienia surowicy. Zdaniem Bungego (10) należy to sobie w ten sposób tłómaczyć, że chociaż krew zawiera zasady, to jednak tłuszcz tak idealnie świeży, jak w danym przypadku, nie może zawierać wolnych kwasów tłuszczowych, a bez ich obecności, choć minimalnej, mowy być nie może o zmydleniu i, co za tem idzie, o przejściu pozostałego tłuszczu w zawiesinę. Dla dokładności podaję obserwacye:

1) R. Eugen, 5 lat, osteotomia jednej goleni; po 2 godzinach od chwili zdjęcia przepaski elastycznej (Schlauch) surowica czysta.

2) Di M. Bernhardino, $5^1/_2$ lat, osteotomia jednej goleni; rano naczczo, przed operacyą surowica czysta; po 2—15—30 minutach od chwili zdjęcia przepaski, surowica czysta.

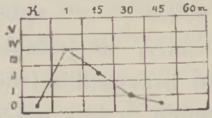
3) W. Richard, $3^3/_4$ lat, osteotomia obu goleni; rano naczczo, przed operacyą surowica czysta; po 2—8—20—45 i godzinie i 45 minutach od chwili zdjęcia przepaski, surowica czysta.

4) B. Emil, $3^{1}/_{4}$ lat, osteotomia obu goleni; rano naczczo, przed operacyą surowica czysta; po 1—5—15—45 minutach od chwili zdjęcia przepaski surowica czysta [1]).

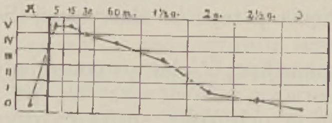
Ponieważ zawiodły badania nad dziećmi, zwróciłem się do doświadczeń na zwierzętach. Postanowiłem wprowadzić królikowi wprost do krwi zawiesinę tłuszczową w postaci mleka, ażeby następnie śledzić znikanie w ten sposób sztucznie wywołanej lipemii. Tym razem obrałem drogę właściwą, bo zmiany we krwi królika okazały się analogiczne do tych, które widujemy podczas lipemii trawiennej. Zmętnienie surowicy było wyraźne i przedewszystkiem zupełnie równomierne. Pod mikroskopem nigdy nie widziałem typowych dla mleka kulek tłuszczowych, nawet przy dużych powiększeniach, a surowica dawała równocześnie dodatni odczyn z kwasem osmowym. Ta okoliczność pozwala mi wnosić, że otrzymane zmętnienie surowicy nie było zależne poprostu od mleka, ale już od wiele subtelniejszej zawiesiny.

Przy zachowaniu wymagań aseptyki wstrzyknąłem królikowi do żyły usznej 5 ctm.^{3} wyjałowionego mleka krowiego, zawierającego 3,2% tłuszczu, z wynikiem następującym:

(K — oznacza kontrolę surowicy przed doświadczeniem, cyfry u góry oznaczają minuty, rzymskie po lewej stronie stopień zmętnienia surowicy).



Zachęcony pierwszem — zrobiłem jeszcze jedno doświadczenie i wstrzyknąłem drugiemu królikowi do żyły usznej 10 ctm.^{3} wyjałowionego mleka krowiego zawierającego 3,4% tłuszczu. Tym razem wynik był nieco odmienny:



[1]) Niedawno ogłosił Reicher w »Münchener medizinische Wohenschrift«, Nr 28, str. 1513, swoje spostrzeżenie, jakoby po uśpieniu chlo-

Z obu powyższych doświadczeń widać, jak szybko krew się pozbywa zawiesiny tłuszczowej, gdy nawet tak silne zmętnienie, jak w drugim przypadku, ginie zupełnie po trzech godzinach.

Jakkolwiek trzeba być bardzo ostrożnym przy przenoszeniu wniosków z królika na człowieka, to jednak wydaje mi się możliwem przypuszczenie, że lipemia trawienna, która przeciąga się u niemowląt aż do 8 godzin mniej więcej, trwać może tak długo tylko dzięki temu, że i wchłanianie przyjętego z pokarmami tłuszczu odbywa się w jelitach bardzo powoli, całemi godzinami. Co się tyczy przebiegu wchłaniania, to musi być ono największem w przeciągu pierwszych 2 godzin, kiedy zmętnienie narasta, poczem stopniowo się zmniejsza, ale trwa jeszcze czas długi, jakkolwiek w małym już stopniu.

Dzięki metodzie Schelblego możemy się nieco bliżej zapoznać z dziedziną tak ważną dla każdego pedyatry, jak fizyologia przyswajania pokarmów tłuszczowych u niemowląt. Choć wyniki są dotąd niewielkie, to jednak podkreślić należy, że nawet i one pozwalają nam wejrzeć w ten okres przemiany materyi, który odbywa się już zewnątrz przewodu pokarmowego.

Piśmiennictwo.

1. Weigert: Ueber den Einfluss der Ernährung auf die chemische Zusammensetzung des Organismus.
Jahrbuch für Kinderheilkunde, tom 61, str. 178, 1905.

roformem występowała zawsze pod ultramikroskopem wyraźna lipemia. Nie mogłem jej stwierdzić ani razu metodą Schelblego u dzieci operowanych, pomimo że:

1) R. E. był 90 minut uśpiony, dostał 20,0 chloroformu + 10,0 eteru.
2) Di M. B. był 40 minut uśpiony, dostał 15,0 chloroformu;
3) W. R. . » 47 » » » 15,0 »
4) B. E. . » 60 » » » 17,0 »

2. Czerny u. Keller: Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie. II. tomu zeszyt 1.
3. Salge: Der akute Dünndarmkatarrh des Säuglings, 1906.
4. Langstein u. Meyer: Die Acidose des Säuglings. Verhandlungen der Gesellschaft für Kinderheilkunde, Meran, 1905, str. 183.
5. Neisser u. Braeunning: Ueber Verdauungslipämie. Zeitschrift für Experimentelle Pathologie u. Therapie, tom IV, zeszyt 3, 1907.
6. Schelble: Untersuchungen über die Fettresorption des Säuglings. Münchener medizinische Wochenschrift, Nr 10, 1908.
7. Bahrdt: Demonstration zu Untersuchungen der Lipaemie beim Säugling. Jahrbuch für Kinderheilkunde, tom 67, str. 614, 1908.
8. Cronheim u. Müller: Stoffwechselversuche an gesunden und rachitischen Kindern. Biochemische Zeitschrift, tom 9, str. 76, 1908.
9. Abderhalden: Lehrbuch der Physiologischen Chemie, str. 118, 1906.
10. Bunge: Lehrbuch der Physiologie des Menschen, tom II, str. 233 i 260, 1905.

Zapalenie miedniczek nerkowych u dzieci.

Podał

dr B. Korybut Daszkiewicz

ordynator Warszawskiego Domu Wychowawczego ks. Baudouina.

Według odczytu, przygotowanego na X. Zjazd Lekarzy i Przyrodników we Lwowie, odczytane w Towarzystwach lekarskich Warszawskiem i Siedleckiem.

Przypadki sekcyjne na materyale Warszawskiego Domu Wychowawczego już przed szeregiem lat zwróciły moją uwagę na to, że zapalenie miedniczek nerkowych u dzieci nie należy bynajmniej do rzadkości; — przy innych bowiem zmianach anatomo-patologicznych zdarzało mi się niejednokrotnie znajdować zgrubiałą błonę śluzową miedniczek nerkowych, często wyraźnie przekrwioną, czasami z małemi wybroczynami krwawemi, pokrytą przytem zwykle podobną do śluzu, lub śluzoropy wydzieliną; od czasu do czasu widywałem miedniczki nerkowe częściowo, lub nawet całkowicie wypełnione ropą; przy tej sposobności znacznie częściej znajdowałem w miedniczkach bez objawów ich zapalenia wyraźne złogi, lub wprost kamyki wielkości ziarnka prosa, a czasem i małej fasoli.

Ten fakt zmusił mnie do zwracania bacznej uwagi zarówno na mój materyał szpitalny, jak również i na chorych w praktyce prywatnej i oto doszedłem do wniosku, że zapalenie miedniczek nerkowych u dzieci, nawet w pierwszym roku ich życia, nie należy bynajmniej do rzadkości i, jeśli rzadko bardzo rozpoznawane bywa, zależy to

w pierwszym rzędzie od tego, że wogóle rzadko bywa badany mocz dzieci, a w szczególności mocz niemowląt.

Ponieważ moje spostrzeżenia nad zapaleniem miedniczek nerkowych u dzieci, poza tem, że świadczą o ich względnie częstem występowaniu, różnią się w dość znacznej mierze od poglądów na tę sprawę, znanych mi z dostępnego piśmiennictwa, sądzę, że nie od rzeczy będzie, jeśli zajmę uwagę Panów tym przedmiotem, przyczem pozwolę sobie na przedstawienie opisu zapalenia miedniczek nerkowych u dzieci, zgodnie z przyjętym w podręcznikach zwyczajem, posiłkować się zaś będę danemi z piśmiennictwa, a o ile takowe nie będą zgodne z mymi poglądami, na osobistem doświadczeniu zdobytymi, postaram się zdanie swe usprawiedliwić.

Zacznę tedy od **etyologii.**

Przyczyny, wywołujące zapalenie miedniczek nerkowych mogą być bardzo różnorodne, zależy to bowiem w pierwszym rzędzie od tego, czy mamy do czynienia z tak zwanem pierwotnem, czy też wtórnem zapaleniem. Sądząc z przebiegu choroby, której zwykle towarzyszy gorączka, należy jednakże przypuszczać, że pochodzenie jej jest prawie zawsze zakaźne, a wymieniane przez różnych autorów momenty przyczynowe, jakoto: przeziębienie (Comby, Hallé), mechaniczne podrażnienie przez silną kontuzyę okolicy nerek z wylewem krwawym do miedniczki (Hallé), zaburzenie w trawieniu i t. d., grają rolę przyczyny usposabiającej. Do niezakaźnych zapaleń należałoby zaliczyć tak zwaną *pyelitis toxica;* zapalenie to występuje w następstwie zatrucia różnymi środkami lekarskimi, jako to: balsam kopaiwski, kubeba, olej terpentynowy, kantarydy (np. wezykatorye) i t. d.

Pasternacki do kategoryi środków drażniących błonę śluzową miedniczek nerkowych zalicza i jagody jałowca, (baccae Iuniperi). Oczywiście, że z zapaleniami tego pochodzenia mamy do czynienia niezmiernie rzadko u dzieci, i jeśli o nich wspominam, to głównie ze względu na teoretyczną

ich możliwość [1]). Ani w piśmiennictwie, którem się posiłkowałem, ani też w swojej praktyce, nie mogłem odnaleść niewątpliwego przypadku zapalenia miedniczek nerkowych z zatrucia. Zgadzam się jednak na możliwość wystąpienia odnośnych objawów chorobowych, po stosowaniu, na szczęście dziś już znacznie rzadszem, wezykatoryi u dzieci, jak również po niesłusznie niezwykle rozpowszechnionem wśród publiczności wycieraniu całego ciała terpentyną francuską; chociaż co się tyczy wpływu tej ostatniej na nerki, to już w roku 1897 na Zjeździe międzynarodowym w Moskwie, dr Isidoro Pujador zachwalał działanie wstrzykiwań podskórnych tej ostatniej przy płonicy w celach zapobiegawczych przed zapaleniem nerek (stosowanie jej wewnętrzne), przy czem jakoby osiągał bardzo zachęcające wyniki; niektórzy zachwalają podawanie terpentyny w tymże celu w perełkach, lub mleczance. Sam osobiście nie probowałem tych sposobów w proponowanym celu tembardziej, że obserwowałem przypadek wyraźnego zapalenia nerek, zdaje się niewątpliwie zależnego od dłuższego stosowania perełek z terpentyną u mężczyzny dorosłego z powodu długotrwałego kaszlu; naturalnie, że przypadek taki nie zachęcał mnie do wewnętrznego stosowania terpentyny u dzieci w celu, proponowanym przez Pujadora.

Zarówno tedy znani mi z piśmiennictwa autorowie, jak również i moje osobiste doświadczenie, przemawiają za faktem istnienia zapaleń miedniczek nerkowych pierwotnych o bliżej nieokreślonym momencie przyczynowym. Do rzędu wtórnych zapaleń miedniczek zaliczyć przedewszystkiem nam wypadnie tak zwane zapalenie miedniczek kamyczkowe *(pyelitis calculosa)*.

Stosunkowo często występująca u dzieci kamica nerkowa, na co zwracają uwagę różni autorowie (przedewszyst-

---

[1]) Kol. Anders wspominał mi o obserwowanym przez siebie przypadku nephro-pyelitis z zejściem śmiertelnem po zastosowaniu zewnętrznem kwasu pikrynowego.

kiem Comby), i co potwierdza moje doświadczenie na materyale sekcyjnym Warszawskiego Domu Wychowawczego i w praktyce szpitalnej i prywatnej, nie może być lekceważona w rzędzie momentów przyczynowych dla zapalenia miedniczek nerkowych.

Czy jednak piasek lub kamienie nerkowe przez podrażnienie błony śluzowej, jakie naturalnie wywoływać mogą, są przyczyną zapalenia miedniczek, co na pozór wydaje się zupełnie logicznem, czy też tworzenie się kamieni jest następstwem poprzedniego zapalenia, zachodzi poważne pytanie.

Większość autorów wypowiada swoje przekonanie w tym kierunku, że właśnie kamienie są przyczyną, a zapalenie skutkiem, są jednak i tacy (Hallé, Civiale, Meckel, Ebstein, Esbach, Guyon, Robin, Reliquet etc.), którzy przypuszczają możliwość i odwrotnego stosunku.

Zdaniem mojem, prawda leży chyba po stronie tych ostatnich, oczywiście z zastrzeżeniem, że możliwe, ale nie wyłączne jest takie pochodzenie kamieni nerkowych. Kiedy przed kilkoma laty zwracałem na sekcyach dzieci, zmarłych w Warszawskim Domu Wychowawczym, szczególną uwagę na obecność piasku lub kamieni nerkowych, znajdowałem je bardzo często, szczególniej na trupach osesków wyniszczonych, zmarłych przy objawach zaniku (atrepsyi); nie tak często jednak spostrzegałem współczesne zmiany w błonie śluzowej miedniczek nerkowych, właściwe ich zapaleniu.

Bardzo być może, że zmiany anatomo-patologiczne, mało uwydatniające się, co przy lekkich zapaleniach ma miejsce, nie zwracały mej uwagi i dlatego je pomijałem; w każdym jednak razie dla mnie nie ulega wątpliwości, że częstsza jest kamica nerkowa u dzieci, niż zapalenie miedniczek, a jeśli tak rzadko bywa rozpoznawana, zależy to od trudności rozpoznawczych. Sądząc z obserwowanego przez siebie materyału, nie powinienem jednak kamicy nerkowej przypisywać zbyt wielkiego znaczenia w rzędzie mo-

mentów przyczynowych, wywołujących zapalenie miedniczek nerkowych; przypadków bowiem pewnych, gdzieby po napadzie kolki nerkowej wystąpiły objawy zapalenia miedniczek, obserwowałem zaledwie parę i tych nawet w opisie moich przypadków ze względu na brak szczegółów nie przytaczam; natomiast śledziłem sporo przypadków niewątpliwej kamicy nerkowej u dzieci, gdzie jednak zapalenia miedniczek nie było.

Comby, chociaż przypisuje kamicy nerkowej u dzieci wybitne znaczenie przyczynowe dla powstawania zapalenia miedniczek, jednakże w kilku przypadkach sekcyjnych przy wyraźnej kamicy, znajduje raz jeden tylko objawy zapalenia miedniczki i nerki; w dodatku we wszystkich tych jego przypadkach dla braku danych rozpoznawczych (za wyłączeniem przypadku pyelo-nephritis) za życia nie rozpoznano i kamicy.

Tenże sam autor wspomina natomiast, że w całej seryi przypadków dzieci, zmarłych wskutek zaniku *(athrepsia)* lub nieżytowego zapalenia płuc, znajdował obok wyraźnej kamicy i zapalenie miedniczek nerkowych i uważa zupełnie kategorycznie kamicę nerkową za najważniejszy moment etyologiczny zapalenia miedniczki (»la lithiase rénal est au premier rang des causes de la pyélite«); to zestawienie dowodziłoby, że obecność kamieni nerkowych niezawsze wywołuje zapalenie miedniczek. Do rzędu wtórnych zapaleń miedniczek nerkowych zaliczyć należy i te, które występują w przebiegu innych chorób zakaźnych, jako to: płonica, odra, dur, ropnica, błonica, cholera, plamica *(morb. macul. Werlhofi)* i t. d.

Sam obserwowałem kilka razy zapalenie miedniczek przy zapaleniu mieszkowem migdałków, przy durze brzusznym i t d.

Fischer zwraca uwagę na tego rodzaju powikłania przy ostrem zapaleniu migdałków *(tonsillitis acuta),* a Comby spostrzegał przypadek duru brzusznego u 7-letniej dziewczynki mniej więcej w 2-gim tygodniu choroby, powikłany

zapaleniem miedniczek nerkowych, przyczem z osadu moczowego otrzymał hodowlę lasecznika Ebertha. Wielu autorów (Ritchie, Monti, Fischer, Heubner i inni) przypisuje znaczenie przyczynowe dla zapaleń miedniczek nerkowych, zaburzeniom w przewodzie pokarmowym, a Fischer twierdzi nawet, że zaburzenia w przewodzie pokarmowym, szczególniej uporczywe zaparcie stolca, zawsze poprzedzają zapalenie nerek. Thomson z 8 przypadków tylko w jednym nie zanotował zaparcia.

Co się tyczy znaczenia tych momentów przyczynowych, to mogę zaznaczyć, że istotnie w wielu przypadkach współcześnie z zapaleniem miedniczek lub przedtem spostrzegałem i zaburzenia w przewodzie pokarmowym. Czy jednak, zważywszy na to, że wiek dziecięcy jest właśnie wiekiem zaburzeń przewodu pokarmowego, nie było to raczej zbiegiem okoliczności? Zgadzam się na to, że przy silniejszych rozwolnieniach, szczególniej u dziewczynek, łatwiejszem staje się samozakażenie przez cewkę i pęcherz. Nie sądzę jednak, by tak wybitną rolę, jak tego chce Fischer i Thomson, w etyologii powstawania zapaleń miedniczek odgrywały zaburzenia przewodu pokarmowego.

Thomson zwraca uwagę, że momentem usposabiającym do samozakażenia, szczególniej u dziewczynek, są nadżerki i pęknięcia przy otworze stolcowym. Najczęstszym zarazkiem, jaki w ropnym osadzie znajdowano, jest lasecznik okrężnicy *(bac. coli)*; z przytoczonych przezemnie przypadków, w kilku bakteryologiczne badanie wykryło obecność tego lasecznika, w innych badanie takie dokonane nie było; natomiast w znanem mi piśmiennictwie znalazłem sporo wzmianek o tem, że najczęstszym winowajcą cierpienia jest ów lasecznik (Ritchie, Thomson, Freeman, Langstein i inni).

Wyżej wspomniałem już o tem, że znajdowano lasecznika durowego w moczu chorych na zapalenie miedniczek, a oprócz tego niektórzy autorowie (Comby, Hallé itd.) mówią o gruźliczem pochodzeniu zapaleń; dodać mogę, że sam osobiście nie spostrzegałem odnośnego przypadku,

a i wogóle w piśmiennictwie odpowiednich opisów chorób nie czytałem; oczywiście, że gruźlica nerek, pęcherza itd. może być punktem wyjścia dla gruźliczego zapalenia miedniczek nerkowych, czy jednak istnieją zapalenia pierwotne gruźliczego pochodzenia — nie umiem odpowiedzieć.

Co się tyczy dróg, jakiemi zarazki dostają się do miedniczek, to już z teoretycznego punktu widzenia należałoby odróżniać dwie drogi,mia nowicie przez naczynia (krwionośne, lub chłonne), lub przez cewkę, pęcherz i moczowody. Zważywszy na fakt niezbity, że stosunkowo znacznie częściej zachorowują dziewczynki, niż chłopcy, co zgadza się i z memi spostrzeżeniami i z opiniami niemal wszystkich znanych mi autorów, należałoby sądzić, że druga z wymienionych dróg dostawania się zarazków odgrywa w powstawaniu zapaleń miedniczek nerkowych najwybitniejszą rolę, a co za tem idzie, samozakażenie i właśnie lasecznikiem okrężnicy, wydaje się najprawdopodobniejszym i najczęstszym powodem cierpienia.

Langstein, wychodząc z tego założenia, podaje radę zapobiegawczą, aby narządów zewnętrznych rodnych nie obmywać nigdy inaczej, tylko z przodu ku tyłowi, aby od strony otworu stolcowego nie przenosić zarazków ku cewce.

Naturalnie, że sprawy zapalne w pochwie, a między innymi wiewiór (od czasu do czasu spostrzegany u małych dziewczynek) może być punktem wyjścia dla zapalenia pęcherza i miedniczek nerkowych; dalej usposabiają do niego: stulejka *(phimosis)* i spodziectwo *(hypospadiasis)*, jest to więc, jak je nazywa Hallé, zapalenie pochodzenia płciowego (d'origine génitale) i tak zwane wstępujące *(pyelitis ascendens)*.

Co się tyczy roli, jaką odgrywa zapalenie pęcherza w etyologii wtórnych zapaleń miedniczek, niektórzy autorowie uważają, że jest to zwykła droga dla zapalenia; według moich jednak spostrzeżeń mogę twierdzić stanowczo, że stosunkowo często zachorowują miedniczki, a pęcherz pozostaje zdrowym, lub też zapalenie jego niczem się nie

objawia; przypuszczam, że mimo niemal identycznej z punktu widzenia histologii budowy nabłonka pęcherza i miedniczek, nabłonek tych ostatnich jest słabszy, innemi słowy, błona śluzowa miedniczek jest mniej odporna względem czynników chorobotwórczych.

By zakończyć przegląd momentów przyczynowych, nas obchodzących, nie mogę pominąć milczeniem faktu, który spostrzegłem 2 razy, mianowicie: w różnym czasie zachorowują 2 siostry rodzone (patrz: przypadki 1 i 2) i w przypadku 8-mym matka i 2 córki w okresie paroletnim; dalej Heubner, opisując przypadki długotrwałych gorączek niejasnego pochodzenia, wspomina o dwóch dziewczynkach, rodzonych siostrach, które przez parę mięsięcy miewały gorączki, trwające po parę dni do paru tygodni, połączone z brakiem łaknienia, wymiotami i bólami głowy; po dłuższym czasie wykonane badanie wykrywa obecność białych, czerwonych ciałek krwi i komórek miedniczkowych, jednem słowem — zapalenie miedniczek nerkowych.

Fakty wyżej przytoczone, chociaż nieliczne, przemawiałyby za istnieniem pewnego usposobienia dziedzicznego dla powstawania zapaleń miedniczek; w dostępnem mi piśmiennictwie nie znalazłem o tem wzmianki, wartoby jednak było zwrócić uwagę na to.

Anatomia patologiczna.

Wobec tego, że zapalenia miedniczek nerkowych niezmiernie rzadko bywają bezpośrednią przyczyną śmierci, badania anatomo-patologiczne w odnośnym kierunku, o ile chory umiera z powodu innej przyczyny, bywają nieraz pomijane; z drugiej zaś strony pominięte być mogą i zapalenia nieżytowe przy zwykłej sekcyi zwłok, o ile nie zostanie ona uzupełniona przez badanie drobnowidowe.

Wszystko to jest powodem, że właściwie anatomia patologiczna lżejszych postaci zapaleń niemal nie istnieje; po części winna temu klinika, która szczególniej w pedya-

tryi rzadko, dotąd przynajmniej, udziela wskazówek anatomo-patologowi, w jakim kierunku badanie swe prowadzić winien. Badanie moczu u dzieci, szczególniej w okresie niemowlęctwa będących, ze względu na trudności, z jakiemi zdobywanie moczu jest połączone — tak rzadko dokonywane bywa, iż nic dziwnego, że rzadko spotykamy się z rozpoznaniem zapalenia miedniczek. Słowem, wykrycie zmian, właściwych zapaleniu miedniczek bez cięższych powikłań, jak *pyelonephritis, pyonephrosis* — nosi charakter przypadkowy najczęściej. Wtedy znajdujemy: błonę śluzową mniej lub więcej zgrubiałą, przekrwioną, czasami z małemi lub większem wybroczynami, lub gdzieniegdzie pokrytą wydzieliną ropną lub śluzoworopną; zdarzają się też nieraz i nadżerki *(erosiones)* przy tej okazyi; czasami znajdujemy mniejsze lub większe kamyki nerkowe. Zmiany podobne znajdujemy i na błonie śluzowej moczowodów, co nawet dało powód autorowi francuskiemu Hallé do nazywania zapaleń miedniczek nerkowych, zapaleniami miedniczek i przewodów moczowych (urétéro-pyélites); stanowiłoby to w pedyatryi pewną analogię z *gastroenteritis* (Czerny).

Jednem z dość częstych powikłań zapalenia miedniczek jest zapalenie nerek *(pyelonephritis)*; wtedy znajdujemy w moczu zmiany, właściwe obu chorobom.

Monti zwraca uwagę na to, że najczęściej zmiany zapalne dotyczą jednej strony, rzadziej są one obustronne. Przytem, z punktu widzenia anatomii patologicznej, odróżnia on głównie dwie formy zapalenia miedniczek, a mianowicie: nieżytową i błonicową, lub krupową.

Objawy *(Symptomatologia)*.

Jeśli pominiemy badanie moczu, objawy zapalenia miedniczek nerkowych są względnie tak mało charakterystyczne, że większość autorów, wyłączając bardzo nielicznych (Heubner, Hüttenbrenner i niewielu innych), uważa zapalenie miedniczek nerkowych u dzieci za chorobę bar-

dzo rzadką; tym dziwniejszym mi się ten fakt wydaje, gdy tak samo twierdzi Comby [1]), który przecież niemal specyalnie się zajmował kamicą nerek u dzieci, a więc i często poddawał badaniu mocz dzieci.

Ja osobiście, chociaż nie umiałbym przytoczyć dokładnej cyfry wszystkich spostrzeganych przypadków zapaleń miedniczek nerkowych u dzieci, jednak mam to wrażenie, że wtedy tylko rzadko je widywałem, gdy rzadko badałem mocz dzieci; dziś jednak, gdy staram się wogóle robić to często, a zasadniczo zawsze żądam badania moczu drobnowidowego, o ile w ciągu 2 dni przy gorączce nie mam dostatecznych danych do postawienia pewnego rozpoznania, tłómaczącego mi inną przyczynę choroby — spotykam się z zapaleniem miedniczek względnie bardzo często.

Jest to więc, zdaniem mojem, dość częsta choroba wieku dziecięcego, która dzięki nie zbadaniu moczu najdoskonalej mieści się w różnych grypach, zimnicach, tak zwanych gorączkach gastrycznych, zapaleniu gruźliczem gruczołów oskrzelowych i t. p. Żałuję mocno, że dopiero zbierając materyał z piśmiennictwa do mej pracy, przypadkowo przeczytałem, zresztą niemal jedyną w tej sprawie opinię Hüttenbrennera, który mówi: »Die Entzündung der Nierenkelche und des Nierenbeckens ist im Kindesalter eine viel häufigere Erkrankung als gewöhnlich angenommen wird; sie kann leicht übersehen, oder für andere Krankeit gehalten werden«. Freeman, autor jednej z najnowszych prac w tym kierunku [2]) mówi wyraźnie, że zapalenie miedniczek nerkowych u dzieci jest chorobą rzadką, na dowód czego z piśmiennictwa przytacza tylko 3 przypadki Holta, 2 Heubnera i 8 Thomsona.

Po tym małym wstępie przejdziemy do rozpatrzenia objawów choroby; zacznijmy od gorączki. Według Heubnera

---

[1]) Quoique la pyelite soit rare dans l'enfance, les causes qui peuvent lui donner naissance, sont trés variées.

[2]) Arch. Pediatr. III, 1905.

bywa gorączka, trwająca parę dni do paru tygodni — gorączka zwalniająca *(febris remittens)*, bez charakterystycznego typu; Comby mówi mało o gorączce, nadmienia tylko, że mogą nieraz dzieci nie gorączkować; Ritchie określa gorączkę, jako nieprawidłową, Thomson przyjmuje typ jej za zwalniający, jak i Heubner; Langstein zaznacza, że przy zapaleniach miedniczek nieregularne gorączki mogą powtarzać się 6—8 razy na rok; inni, znani mi autorowie nie mówią nic nowego w tym kierunku, a tylko Fischer nadmienia, że gorączka ciągła *(continua)* jest objawem niepokojącym, zwykle bywa zwalniająca lub przerywana; czasami jednak bywają zapalenia miedniczek bezgorączkowe.

Co się tyczy moich spostrzeżeń, to zastrzegłszy się co do tego, że właściwie, mówiąc o gorączce przy zapaleniach miedniczek nerkowych, należy mieć na uwadze tylko te przypadki, które według wszelkiego prawdopodobieństwa mają charakter pierwotnych, w innych bowiem typ gorączki może zależeć od choroby głównej, zgodziłbym się najprędzej na zdanie Fischera z pewnemi zmianami, a mianowicie: 1) najczęstszą jest gorączka o typie zbliżonym do gorączki przerywanej; 2) dalej, zdarza się gorączka o typie gorączki ciągłej przez mniej więcej 1 tydzień, poczem ciepłota opada do normy, lub przez kilka dni pojawiają się spadki ciepłoty, przypominającej typ przepuszczający; Nb. w przypadku moim czwartym — dziewczynka 7-letnia miała 3—4 dni gorączkę o typie mniej więcej przerywanym, potem przez 8 dni trwa typ stały (co najwyżej: *febris remittens)* i wreszcie 5 dni prawie typowej gorączki przerywanej; 3) względnie nierzadko gorączka jest pozbawiona wszelkiego typu, tylko od czasu do czasu bez żadnej prawidłowości bywają spadki ciepłoty do normy, lub blizko jej; stan taki trwa od kilku do kilkunastu dni; 4) mniej więcej równie częsty jest typ zwalniający; wreszcie 5) są przypadki, w których nie udało mi się stwierdzić istnienia wahań gorączkowych

Dodać tu muszę, że dość częste są nawroty, względnie obostrzenia choroby, połączone z gorączką. Najchara-

rakterycznie jsze są zmiany w moczu i tylko one właściwie decydować mogą o rozpoznaniu cierpienia.

Kolega Aleksander Żurakowski, którego prosiłem o zwrócenie specyalnej uwagi na charakterystykę zmian, spostrzeganych w moczu przy zapaleniach miedniczek nerkowych u dzieci, szczególniej małych, w całym szeregu badanych przez siebie przypadków, taką wypowiada opinię:

»Mocz — jest bardzo blady, prawie zupełnie przezroczysty, o nizkim ciężarze właściwym, a więc mało nasycony.

Białka nie bywa wcale, cukru również; indykanu niekiedy nieznaczne ślady; kwasu moczowego, nawet w razie gorączki, prawie niepodobna ściśle określić. Natomiast charakterystyczny jest osad; jest go zawsze bardzo mało, a mikroskop wykrywa 5—10, rzadko więcej ciałek białych w polu widzenia, napęczniałych, perełkowatych; ciałka te są luźne; znacznie rzadziej widać także leukocyty, połączone w grupy po 5—10—15.

Ciałka czerwone są bardzo rzadkie: niema ich więcej nad kilkanaście w całym preparacie; są one dobrze zabarwione, świeże, niekiedy zlekka napęczniałe.

Jeszcze rzadsze są komórki nabłonka miedniczek, gruszkowate, ogoniaste.

Pospolite komórki płaskie wielokształtne i niewiele laseczek dopełniają obrazu, który zmienia się kardynalnie, jeśli mamy do czynienia z powikłaniami ze strony nerek; wówczas na pierwszy plan występują objawy ostrego zapalenia nerek«.

Na to określenie, o ile dotyczy przypadków tak zwanej formy nieżytowej zapalenia miedniczek nerkowych, godzę się w zupełności; przy formach ropnych, nawiasem mówiąc, zdarzających się u dzieci stosunkowo rzadziej, niż formy łagodniejsze, nieżytowe, znajdujemy: mocz niezupełnie przezroczysty tak, że po pierwszem wejrzeniu możemy podejrzywać obecność ropy nawet zaraz po oddaniu moczu; oczywiście wtedy i liczba ciałek ropnych na polu widzenia jest znacznie większa, przyczem od czasu do czasu

znajdujemy, nawet w moczu filtrowanym, ślady białka i tylko wyjątkowo w nieco obfitszych ilościach. Zasadniczą jednakże i charakterystyczną cechą moczu przy niepowikłanem zapaleniu miedniczek jest na podstawie mego doświadczenia, ta właśnie — nieobecność, lub pojawianie się tylko pod postacią zaledwie dostrzegalnych śladów — białka w moczu filtrowanym.

Zobaczmy teraz, co mówi o tem znane mi piśmiennictwo. Otóż Ultzmann (u dorosłych) charakteryzuje zmiany w moczu tak, że zawiera on zawsze białko w ilości większej, niżby należało oczekiwać tego z powodu obecności ropy; dalej, mocz posiadać ma odczyn kwaśny przy pierwotnem zapaleniu, zasadowy zaś przy zapaleniu wstępującem *(pyelitis ascendens e cystitide)*. Tejże samej opinii trzyma się Noël Hallé i Langstein; ten ostatni w pracy, poświęconej specyalnie zapaleniu miedniczek u dzieci, zestawia dane badania moczu przy zapaleniu pęcherza, które przeważnie wywoływane być ma przez lasecznika okrężnicy— i znajduje wtedy mocz mętny, kwaśny, z małą ilością białka, osadem z ciałek ropnych, nabłonków z pęcherza moczowego i krwinek czerwonych; po krótkiem staniu mocz taki staje się galaretowatym i nabiera odczynu zasadowego; o ile następuje powikłanie ze strony miedniczek nerkowych, pojawia się zaraz: więcej białka, małe sześcienne nabłonki z górnych dróg moczowych i zmniejsza się ilość ropy, skutkiem czego często mocz bywa przezroczystym.

Thomson znajduje białka mało i w stosunku prostym do ilości ropy, (co sprzeciwia się znów opinii Ultzmana), ropy zwykle dużo, wałeczków nie znajduje, a krew spotyka tylko przy gnilcu, w hodowlach natomiast zawsze lasecznika okrężnicy.

Freemann, Pasternacki i wielu innych, zdaje się, wcale nie odróżniają zapalenia miedniczek niepowikłanego *(pyelitis)* od powikłanego zapaleniem nerek *(pyelonephritis)* znajdują bowiem i białko i wałeczki (nabłonkowe i szklistawe —

Pasternacki, a same szklistawe — Freemann) i inne objawy właściwe zapaleniu nerek.

Pasternacki uważa za nader charakterystyczną dla zapalenia miedniczek nerkowych obecność w moczu odbitek z kielichów nerkowych *(calices renales)*, małych cylindrycznych korków, mających pochodzić z przewodów brodawkowych *(ductus papillares)*; znajdował on pono te twory w osadzie, zbieranym z sączka lub centryfugowanym w $^1/_4$ części wszystkich przypadków zapaleń miedniczek nerkowych; korki te przedstawiają konglomerat białych ciałek krwi, zbitych w grupę w kieliszkach i przewodach brodawkowych *(calices renales minores* i *ductus papillares)*. Dodać tu muszę, że ani sam nie spostrzegałem opisanych przez Pasternackiego tworów, ani też w znanem mi piśmiennictwie odnośnej wzmianki nie spotkałem; rzecz więc ta wymagałaby potwierdzenia.

Bagińsky wspomina o przypadku, w którym ranna porcya moczu nie zawierała białka i ropy, a wieczorna — tak; z tego wypływałby słuszny wniosek, by starać się zawsze badać oddzielnie porcyę ranną i wieczorną; Comby radzi nawet zbierać mocz przez okres 24-godzinny, co naturalnie w zwykłych warunkach praktyki naszej u małych dzieci jest niemal niewykonalne; znajduje on przytem ciężar właściwy, a raczej nasycenie moczu większe(!) — wbrew i moim spostrzeżeniom i zdaniu niemal wszystkich znanych mi badaczy.

Nie chcę przytaczać opinii wielu innych autorów o tej sprawie, to bowiem, co powiedziałem, wystarczy dla nabrania przekonania, jakie jednak różnice panują w poglądach na tę sprawę. Tu dodać tylko winienem, że właściwie zbyt wielkiego znaczenia rozpoznawczego tak zwanym komórkom ogoniastym przy rozpoznawaniu zapalenia przypisywaćby, zdaniem mojem, nie należało, podobne bowiem zupełnie nabłonki mogą pochodzić z głębszych warstw nabłonka pęcherzowego.

Comby zaznacza, że bywają przypadki, w których

raptem mocz staje się zupełnie przezroczysty i nie zawiera ropy, jednocześnie zaś z jednej, lub drugiej strony w podbrzuszu można wyczuć bolesną guzowatość; wskazuje to na to, że zapalenie miedniczek było jednostronne i że nastąpiło zatkanie odpowiedniego moczowodu przez kamyk lub korek śluzowy z następczem moczonerczem, które w miarę ustąpienia przeszkody może ustąpić i wtedy znowu występują wszelkie objawy ze strony moczu; przypadki takie są ważne ze względu na wskazane nieraz zabiegi operacyjne.

Zapalenia miedniczek nerkowych pochodzenia gruźliczego według tegoż autora nie posiadają cech klinicznych charakterystycznych, a rozpoznawane bywają tylko na podstawie badania osadu co do obecności laseczników Kocha. Inne objawy kliniczne przy zapaleniu miedniczek nerkowych są wogóle niestałe i niemogą decydować o rozpoznaniu; sam osobiście na podstawie własnego doświadczenia żadnemu z nich nie przypisuję jakiegokolwiek znaczenia. Według Hallégo często bywa nadmierne moczenie *(polyuria)* do tego stopnia, że powołuje się on na zdanie Oppolzera, który mniema, że wiele przypadków moczówki prostej *(diabetes insipidus)* są to nierozpoznane zapalenia miedniczek; Fischer uważa za charakterystyczny objaw mimowolne moczenie *(enuresis nocturna)* i twierdzi w dodatku, że zaburzenia w trawieniu z a w s z e poprzedzają zapalenie miedniczek.

Hüttenbrenner spotykał wymioty na początku choroby, a Heubner prócz tego brak łaknienia i bóle głowy; Bagińsky uważa za charakterystyczne: 1) zaburzenia przewodu pokarmowego, 2) brak łaknienia, 3) zaparcia, 4) gorączkę nieprawidłową, 5) lasecznika okrężnicy w moczu.

Thomson znajdował bóle, podobne do kolki nerkowej, na co kładzie nacisk i Hallé, ostrzegając przed pomieszaniem tego ze zwykłym bólem lędźwiowym *(lumbago)*, a oprócz tego spostrzegał ból przy oddawaniu moczu i bolesność w okolicy nerek. Jak widzimy, niestałość obja-

wów jest wielka, tak że, jak to już wyżej zaznaczyłem, jedyne znaczenie rozpoznawcze ma badanie moczu.

Przebieg choroby i rokowanie.

Czas trwania choroby w przypadkach lżejszych różni autorowie określają różnie; Hüttenbrenner np. określa go na 8—28 dni; Nobécourt na 15—20 dni; tego mniej więcej zdania trzyma się Comby. Moje doświadczenie przemawia jednak za tem, że tak mniej więcej przedstawia się sprawa co się tyczy objawów gorączkowych i wyraźniejszych objawów moczowych; jeśli jednak mocz podlega ściślejszemu badaniu, jeszcze po upływie 6 tygodni najczęściej można wykryć obecność zwiększonej ilości ciałek białych i zwykle dopiero po upływie około 2 miesięcy giną wszelkie objawy; ponieważ jednak choroba ta ma pewną skłonność do nawrotów, zwykle dokonywam badania moczu jeszcze i w późniejszym okresie pochorobowym w pewnych dłuższych odstępach czasu.

Co się tyczy rokowania, to niemal zawsze niepowikłane zapalenie, kończy się wyzdrowieniem zupełnem, do czego jednak, jak mniemam, potrzebne jest wczesne rozpoznanie i odpowiednie dyetetyczno-farmaceutyczne leczenie, inaczej bowiem mogą one przechodzić w stan przewlekły, niezmiernie uporczywy, lub też wikłać się przez zapalenie nerek *(pyelonephritis)*, które już z punktu widzenia rokowania stanowi znacznie poważniejsze cierpienie.

Wyjątkiem dla dobrej przepowiedni są oczywiście zapalenia pochodzenia gruźliczego, formy, powikłane roponerczem, których jednakże sam nigdy nie obserwowałem. Według moich spostrzeżeń, zapalenie miedniczek usposabia do nawrotów cierpienia.

Rozpoznanie.

Pewne rozpoznanie zapalenia miedniczek nerkowych bez zbadania moczu i to w dodatku drobnowidowego, jest zdaniem mojem niemożliwe i dlatego też na tem jeszcze

miejscu podkreślam konieczność możliwie częstego dokonywania takiego badania u dzieci.

Ponieważ wiele chorób zakaźnych może się wikłać zapaleniem miedniczek nerkowych (nie mówię już o zapaleniach samych nerek), jak się o tem sam niejednokrotnie przekonywałem, ponieważ zapalenia te nierzadko miewają charakter pierwotny i mogą jako takie symulować grypę, zimnicę itd., ponieważ wreszcie mogą zapalenia miedniczek nerkowych nie dawać żadnych objawów i tylko być powodem małokrwistości, drobnowidowe badanie moczu u dzieci winno być często i możliwie najczęściej dokonywane.

Ponieważ jednak zapalenia miedniczek zdarzają się znacznie częściej u dziewcząt, niż u chłopców, a właśnie do moczu dziewcząt częściej mogą się dostawać w znaczniejszej ilości ciałka ropne, czy to z powodu objawów zapalnych w pochwie, czy też w zewnętrznych narządach rodnych, należy zwracać baczną uwagę na to, czy mocz został zebrany z zachowaniem należnej czystości. Ze środków najprostszych zalecam w tym celu dokładne obmycie wodą z mydłem zewnętrznych narządów rodnych w kierunku od przodu ku tyłowi, t. j. w stronę otworu stolcowego, a nie odwrotnie, o ile to możliwe bezpośrednio przed oddaniem moczu, co jest wykonalne z łatwością u dziewcząt starszych; u chłopców zwracam zawsze uwagę, czy nie ma powodu w zewnętrznych narządach rodnych do pojawienia się w moczu ciałek ropnych, jako domieszki przypadkowej, nie pochodzącej z pęcherza lub miedniczek.

Z punktu widzenia czysto teoretycznego należałoby mocz do badania wypuszczać zapomocą cewnika; gdy jednak pomijając wszelkie inne względy, cewnikowanie nie może być uważane zawsze, a przynajmniej w rękach każdego za rękoczyn bezwzględnie bezpieczny, do tego sposobu się nie uciekam.

Gdy już zaznaczyłem z góry, że z objawami zarówno podmiotowymi, jak i nielicznymi przedmiotowymi (np. go-

rączka) przy zapaleniu miedniczek nerkowych dla rozpoznania cierpienia liczyć się niepodobna, nie będę się na tem miejscu nad nimi zatrzymywał wcale. Zaznaczę tylko o czem wspominałem, że zwykle już po 2 dobach, o ile mam przypadek, gdzie pewnego rozpoznania postawić nie mogę, poddaję mocz badaniu drobnowidowemu; przyczem przekonałem się, że mimo rzeczywiste trudności, z jakiemi połączone jest, że się tak wyrażę, złowienie moczu u małych dzieci, jednak przy dobrych chęciach u otoczenia udaje się to zawsze, jeźli nie na zawołanie, to w ciągu dni paru. Nie radzę przytem używać żadnych specyalnych przyrządów, tylko zalecam posiadanie w pobliżu dziecka chorego jakiegoś czystego naczynia, by być przygotowanym do podstawienia pod strumień oddawanego moczu, co specyalnie łatwo udaje się z chłopcami; u dziewcząt zalecam podkładanie czystego płótna gumowego Billrotha zamiast pieluszki na czas pewien i zlanie do naczynia moczu, oddanego na ową ceratkę; można zakładać szparę sromową kawałkiem czystej hygroskopijnej waty, o ile to jednak nie okazuje się konieczne, tego sposobu nie polecam, przypuszczam bowiem, że przy wyciskaniu z takiej waty moczu, pewna część osadu moczowego ginie dla badania.

Teraz przejdziemy do wyników, otrzymywanych przy badaniu moczu dzieci chorych na zapalenie miedniczek nerkowych; jest to punkt najważniejszy, bo na tem opiera się rozpoznanie; szczegółów, jakie daje badanie, nie będę powtarzać, gdyż o tem mówiłem obszernie, rozbierając objawy choroby; podkreślę tylko fakt, że mocz filtrowany u dzieci chorych na nieżytowe zapalenie miedniczek, prawie nigdy nie wykazuje ze zwykłymi odczynnikami (np. próba octowa, próba Hellera z kwasem azotowym) obecności białka; podkreślam to, gdyż większość autorów jest zdania przeciwnego i zgodnie z Ultzmanem twierdzą, że białka w tych razach bywa więcej, niż należałoby oczekiwać po danej ilości ropy; zgodziłbym się na takie określenie, o ile chodzi o *pyelonephritis*.

Biegański w swej dyagnostyce różniczkowej wyraża się mniej więcej w tym duchu, a mianowicie: »W zapaleniu miedniczek i nerek znajdujemy w moczu więcej białka, aniżeli należałoby się go spodziewać, sądząc z ilości zawartej ropy. W zapaleniu zaś miedniczek ilość białka odpowiada tej przymieszce, jaką daje ropa w moczu«.

Mniejsze lub większe ilości białka znajdowałem przy rzadziej już znacznie spotykanych u dzieci nieżytowych, a cięższych, ropnych zapaleniach. Po zachowaniu wyżej wymienionych ostrożności przy zbieraniu moczu, dla rozpoznania różniczkowego okazuje się ważnem porównanie wyników badania moczu i pewnych innych objawów przy zapaleniu miedniczek i pęcherza, a to na podstawie danych z piśmiennictwa (Posner, Comby, Hallé, Biegański, Jaksch i inni) i mego osobistego doświadczenia, popartego spostrzeżeniami kol. A. Żurakowskiego, o których już wspominałem.

Zapalenie miedniczek.	**Zapalenie pęcherza ostre.**
Objawy ogólne lub podmiotowe.	
Może nie być żadnych. Czasami bóle w okolicy nerek. Gorączka. Rzadko brak zupełny gorączki.	Bóle (często) przed i w czasie oddawania moczu. Parcie na mocz. Może być gorączka.
Objawy ze strony moczu.	
Mocz przeważnie przezroczysty; zawiera zwykle mało ciałek ropnych, perełkowatych, napęczniałych i bardzo nieliczne ciałka czerwone. Ciężar właściwy nizki.	Mocz silnie mętny, zawiera ciałka ropne i krew, białka niewiele. Ciężar właściwy prawidłowy, lub wyższy. Komórki nabłonkowe z pęcherza.
Czasami komórki ogoniaste. Czasami polyuria (trudne do określenia u dzieci), raczej częstsze oddawanie moczu bez bólów i parcia.	**Zapalenie pęcherza przewlekłe.** Umiarkowane parcie na mocz, bóle przy oddawaniu moczu mniejsze.
Mało bakteryi, przeważnie pałeczki (bac. coli?).	Mocz mętny z obfitym osadem i odczynem kwaśnym, lub

Większe ilości ropy i wyraźniejsze ilości białka przy formach cięższych, ropnych.

Białko w ilościach większych i inne objawy zapalenia nerek przy *pyelonephritis.*

przy amoniakalnej fermentacyi — zasadowym.

Białko odpowiednio do ropy.

Pod drobnowidem przy kwaśnym odczynie: dobrze zachowane ciałka ropne, nabłonek z pęcherza, kryształy moczanu sodu i szczawianu wapnia; przy zasadowym: ropne ciałka w rozpadzie, masy galaretowate; pod drobnowidem: napęczniałe, często bez jąder komórki, kryształy fosforanu amonowomagnowego, moczanów amonu i wiele bakteryi.

Przy *pyelitis tuberculosa* rozpoznanie rozstrzyga obecność w osadzie swoistych laseczników, przyczem często dziecko jest w stanie wybitnego wyniszczenia.

Przy *pyelitis calculosa* bywają napady silnych kolek nerkowych i mocz zawiera znaczną domieszkę krwi.

Zapobieganie i leczenie.

W celu zapobiegawczym, zważywszy, że pewna część zapaleń miedniczek zależy od samozakażenia laseczników okrężnicy, należałoby zachowywać wielką czystość okolic narządów rodnych i otworu stolcowego, przyczem, jak radzi Langstein, obmywać narządy rodne z góry ku dołowi, t. j. w stronę otworu stolcowego, a nie odwrotnie; specyalnie poleca się to uwadze przy zaburzeniach przewodu pokarmowego; dalej należy zwracać uwagę i leczyć nieżyty pęcherza, które mogą być punktem wyjścia dla zapaleń wstępujących.

Do wskazań zapobiegawczych przed formami przewlekłemi, lub powikłanemi, należy staranie się o wczesne rozpoznanie cierpienia, a więc pamiętanie o badaniu dokładnem moczu w podejrzanych przypadkach.

Co się tyczy wskazań czysto leczniczych, to, o ile

dziecko gorączkuje, staramy się w miarę możności, co jak wiemy, niezawsze się udaje, utrzymać je w łóżku, by w ten sposób zadośćuczynić potrzebie spokoju i równomiernej ciepłoty dla chorego; stąd też wynika wskazanie do unikania wszystkiego tego w pożywieniu lub lekach, co może drażniąco działać na nerki, lub błonę śluzową miedniczek. Zalecamy tedy w cięższych przypadkach przez kilka dni czysto mleczną dyetę, w lżejszych wyłączamy z pożywienia: rosoły i wszelkie mięsne potrawy, a oprócz tego wszystkie te dodatki do pożywienia, które i tak, zdaniem mojem, winny być wyłączone ze zwykłej dyetetyki dzieci, a mianowicie: kawa, oprócz kaw roślinnych (żytnia, grochowa, słodowa itd.), herbata, prócz bardzo lekkiej, wszystkie zbyt słone i ostre przyprawy (pieprz, musztarda itd.), wszelkie trunki i t. d.; jednem słowem, pozwalamy na mleko, potrawy mączne, jajka, jarzyny i owoce.

Z leków ja osobiście stosuję zwykle:

1) jakąkolwiek wodę alkaliczną (Vichy Céléstins, Fachingen, Wildungen, Contréxéville i t. d.) łyżeczkami, łyżkami, lub więcej stosownie do wieku;

2) w czasie gorączki salol w dawkach, odpowiadających miligramowi na każdy miesiąc wieku dziecka, lub centygramowi na każdy rok życia 2—3 razy dziennie; przytem zalecam zwracanie uwagi na kolor wydzielanego moczu i w razie zmiany barwy na ciemno-zieloną, salol odstawiam;

3) urotropinę lub helmitol przez czas dłuższy w dawkach nieco większych, niż salol i wreszcie w takichże dawkach;

4) ichtalbinę, która, muszę wyznać, dawała mi najwięcej zadowalniające wyniki;

5) prócz tego, polecam letnie kąpiele kilkominutowe co 1—2 dni.

Nie stosowałem polecanego przez różnych autorów (Comby, Thomson, Freemann i t. d.) cytrynianu potasowego w dawce 0,1 co dwie godziny; dodać jednak muszę, że Thom-

son zwraca uwagę na to. iż środek ten wywołuje nieraz nadmierny spadek ciepłoty *(hypothermia)* i dlatego należy go stosować z wielką uwagą.

Przypadek I.

Z. D. dziewczynka 10-miesięczna, dostaje nagle 39° C przy lekkich zaburzeniach kiszkowych (nieznaczne rozwolnienie); ciepłota ciała przez 7 dni utrzymuje się w granicach między 39° C i 40° C; przytem w wewnętrznych narządach badanie nie wykrywa żadnych wyraźnych zmian; dziecko robi wrażenie ciężko chorego; badanie moczu, wykonane 6-go dnia choroby, wykrywa: 1) ślady białka, 2) po kilkanaście w polu widzenia napęczniałych, perełkowatych [1]) ciałek białych, miejscami połączonych w grupy z 10—15, 3) bardzo nieliczne, dobrze zabarwione i zlekka napęczniałe ciałka czerwone, 4) kilka w polu widzenia ogoniastych, gruszkowatych komórek, 5) odczyn mocno kwaśny, 6) ciężar właściwy 1015. Przez 6 dni następnych ciepłota ciała nabiera wyraźnego charakteru przepuszczającego (febris intermitens) z rannemi zwolnieniami poniżej 37° C i wieczornemi podwyższeniami, sięgającemi 39° C; przyczem wyczuwa się, poczynając od 7-go dnia choroby nieznacznie powiększoną śledzionę [2]), która przestaje być wyczuwalną, poczynając od 14-go dnia choroby. W dalszym ciągu ciepłota ciała wraca do granic normalnych i tylko 2—3 dni bywają jeszcze małe jej nasilenia do 37,8° C, co trwa jeszcze około 10 dni, poczem już nie przekracza granic normalnych; jednakże zmiany, właściwe zapaleniu miedniczek, zachowują się przez czas dłuższy i dopiero po 2 miesiącach od początku choroby giną zupełnie.

Dziecko przez cały czas trwania choroby pozostawało wyłącznie na pokarmie kobiecym (mamka); z leków dostawało wodę Vichy Céléstins i urotropinę. Badanie krwi dokonane nie było. (Wobec tego nie wiem więc, czy nie miałem do czynienia z durem brzusznym, powikłanym zapaleniem miedniczek nerkowych).

Przypadek II.

T. D. dziewczynka 11-miesięczna, siostra poprzedniej, dostaje wyraźnego mieszkowego zapalenia gardła *(angina follicularis)* przy 38,5° C, przyczem objawy miejscowe w gardle nie są zbyt silne; następnego dnia rano ciepłota ciała spada do 37,0° C, zmiany w gardle pozostają jednak bez zmiany i dopiero ku końcowi 4-go dnia choroby giną zupełnie. Ciepłota ciała tegoż dnia

---

[1]) Kol. Zurakowski Aleksander.

[2]) Przypadek ten wraz ze mną widzieli koledzy Rembieliński i S. Grosglik.

o 6-ej wieczorem wynosi 38,7° C; w ciągu dni następnych przedstawia się jak następuje:

3	dzień choroby	TM. 37,3	TV. 38,7
4	» »	TM. 38,7	TV. 38,4 [1]
5	» »	TM. 38,7	TV. 39,5
6	» »	TM. 39,5	TV. 39,3
7	» »	TM. 38,0	TV. 38,7
8	» »	TM. 37,7	TV. 39,2
9	» »	TM. 37,4	TV. 39,3
10	» »	TM. 36,8	TV. 37,4
11	» »	TM. 36,5	TV. 36,8
12	i następne dni — są bezgorączkowe.		

Badanie moczu, dokonane 3-go dnia choroby (tylko co do białka) nie wykryło ani śladu białka, natomiast już ku końcowi 4-go dnia choroby szczegółowe [2]) badanie moczu wykrywa: 1) 0,5‰ białka, 2) sporo napęczniałych perełkowatych ciałek białych, miejscami łączących się w grupy 10—15, 3) kilka czerwonych ciałek w polu widzenia, 4) bardzo nieliczne komórki ogoniaste, 5) odczyn mocno kwaśny i 6) ciężar właściwy 1014.

Zmiany w moczu giną zupełnie dopiero po 6 tygodniach trwania choroby; białka jednak nie można wykryć już po tygodniu. Dziecko w czasie choroby zmieniło się do niepoznania: wymizerniało i wychudło tak, jak po bardzo ciężkiej i długotrwałej chorobie. Wybitniejszych zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego nie było, poza lekko niestrawnościowymi stołeczkami. Z chwilą ustąpienia zmian w moczu, poprawa w ogólnym stanie dziecka wybitna.

Z leków w czasie choroby stosowałem: a) przez parę dni początkowych przy zapaleniu gardła — aspirynę, b) poczynając od chwili rozpoznania zapalenia miedniczek — urotropinę i wodę Wildungen.

Przypadek III.

K. G. chłopczyk 2-miesięczny, spędza lato na wsi wraz z rodzicami; karmi mamka. Dziecko od tygodnia ma wyraźne objawy dyspeptyczne (częste, małe, zielone z domieszką śluzu stołeczki, bez przykrej woni). Kolega, leczący dziecko, przepisuje mu kalomel, emulsyę z oleju rącznikowego, co jednak nie wpływa dodatnio ani na wyglądanie stolców, ani też na ciepłotę ciała, wahającą się między 36,8 i 38,5° C, wobec czego zostaję wezwany na wieś dla narady z kol. ś. p. Sztembarthem, który mi komu-

[1]) Śladów zapalenia gardła już niema, ale występują wyraźne objawy zapalenia miedniczek, których dotąd nie było.

[2]) Kol. A. Żurakowski

nikuje dane, wyżej opisane, dodając, że gorączka nie miała żadnego określonego typu.

Dzięki staranności najbliższego otoczenia dziecka, już 2-go dnia po mej bytności otrzymuję próbkę moczu, w której znajduję: a) brak zupełny białka (próba Hellera z filtrowanym moczem), b) sporo grupkami ułożonych białych ciałek krwi, c) dużo kryształów kwasu moczowego, d) kilkanaście świeżych czerwonych ciałek krwi, e) odczyn mocno kwaśny.

Kol. Żurakowski przy badaniu bakteryologicznem znajduje bac. coli. Ciężaru właściwego ze względu na bardzo małą ilość dostarczonego mi moczu, określić nie mogłem.

Dziecku początkowo zalecam salol, potem urotropinę po 0,03 — 3 razy na dzień i wodę Vichy Céléstins. Ciepłota ciała bez określonego typu w granicach między 36,8 i 37,8 utrzymuje się jeszcze przez tydzień, poczem spada zupełnie i tylko bardzo rzadko (mniej więcej raz w tygodniu) bywają parogodzinne nasilenia wieczorne do 37,5° C. Objawy niestrawności wraz ze zmianą mamki, bez używania jakichkolwiek środków lekarskich, ustępują w ciągu paru dni. Wielokrotne badania moczu, dokonywane przez kolegów Mayzla i Żurakowskiego, w ciągu 3 miesięcy następnych wykrywają wciąż jeszcze zmiany, właściwe zapaleniu miedniczek nerkowych; mimo to jednak, stan ogólny dziecka poprawia się, chociaż ścisłe ważenie jego wykazuje nieznaczny (subnormalny) przyrost wagi.

Urotropinę zamieniam na ichtalbinę (po 0,05 — 3 razy dziennie), poczem następuje bardzo wyraźne zmniejszenie się objawów zapalenia miedniczek i wszelkie zmiany giną po 10-dniowem używaniu ichtalbiny.

Nb. Mimo to, że już żadnych objawów ze strony moczu nie spotykałem, polecam posyłanie go do badania szczegółowego mniej więcej raz na miesiąc i w pół roku po zupełnem wyzdrowieniu dziecka badanie moczu wykrywa nawrót choroby bez widocznych powodów (poprzedzający katar, trwający 3—4 dni z lekką gorączką — influenza (?); tym razem jednak po zastosowaniu ichtalbiny i wody Vichy Céléstins, w 10 dni od początku choroby już nie znajduję zmian w moczu.

Przypadek IV.

A. W. dziewczynka 7 lat mająca, (córeczka oficera w cytadeli warszawskiej), przez 3—4 dni ma gorączkę o typie przepuszczającym, którą lekarz miejscowy tłómaczy sobie zimnicą i zaleca w względnie dużych dawkach chininę; środek ten okazuje się bezskutecznym, przeciwnie nawet ciepłota ciała się podnosi i zmienia typ na stały w granicach między 38,5° C (rano) i 39° C (wieczorem) [1]. Wezwany do chorego dziecka, nie znaj-

[1]) Stan trwa 8 dni.

duję żadnych przedmiotowych zmian, któremi mógłbym sobie objaśnić chorobę. Śledziona stanowczo nie powiększona.

Badanie moczu[1]) wykrywa: 1) brak białka zupełny, 2) ciężar właściwy 1012 (sic!), 3) sporo kryształów kwasu moczowego, 4) bardzo obfite perełkowate, często grupami leżące białe ciałka krwi, 5) nieznaczną ilość świeżych czerwonych ciałek krwi. Nabłonków ogoniastych niema.

Zalecam dyetę mleczną, z dodatkiem kleików, wodę Wildungen, salol, potem urotropinę.

Po 8 dniach gorączki o charakterze stałym (*febris continua*), występuje wyraźna zmiana na typprzepuszczający (*febris intermittens*) w granicach między 36,9° C i 39,2° C, co trwa 5 dni, poczem ciepłota ciała spada i po 10 dniach już badanie nie wykrywa żadnych zmian chorobowych w moczu.

Przypadek V.

D. O. dziewczynka 4-letnia, dostaje rano 39,1° C bez żadnych widocznych powodów; zmian ze strony narządów wewnętrznych żadnych; zwraca tylko uwagę dość częsta potrzeba oddawania moczu.

Dziecko nie skarży się na nic wogóle, jest nawet względnie wesołe przy podwyższonej ciepłocie ciała. Zachowanie się ciepłoty podczas dni następnych przedstawia się tak:

	Rano	Południe	Wieczorem
1 dnia choroby	39,1	37,3	39,5
2 » »	37,9	37,3	36,3
3 » »	37,0	38,1	38,0
4 » »	36,8	37,5	36,3
5 » »	36,1	36,7	36,8
6 » »	36,3	36,2	36,8

Mocz, badany drugiego dnia choroby, wykazuje: 1) ciężar właściwy 1015, 2) białka niema, 3) dużo w polu widzenia perełkowatych, napęczniałych białych ciałek krwi, czasami zgrupowanych po kilkanaście w jednem miejscu, 4) kilka świeżych czerwonych ciałek, 5) odczyn wybitnie kwaśny, 6) sporo kryształów kwasu moczowego, 7) komórek z pęcherza, ani z miedniczek nerkowych nie znaleziono.

Zaleciłem: dyetę mleczno-mączno-jarzynową, bez rosołów i mięsa; wodę Vichy Céléstins; ichtalbinę po 0,3 — 3 razy dziennie.

Rozbiór moczu po 2 tygodniach nie wykazał już żadnych zmian patologicznych.

---

[1]) Kol. I. Smoleński i kol. A. Żurakowski.

Po 2 miesiącach nawrót kilkodniowy z ciepłotą do 37,8°C sięgającą i ze zmianami w moczu, około 10 dni trwającemi.

Przypadek VI.

B. D. dziewczynka 3-letnia, bez żadnych widocznych powodów zaczyna gorączkować, przyczem ciepłota ciała, mierzona pod pachą przez cały czas choroby, przedstawia się, jak następuje:

	Rano	Południe	Wieczorem
1 dnia choroby	38,1	37,8	36,6
2 » »	38,1	37,7	36,5
3 » »	40,1	38,1	38,1
4 » »	39,1	36,2	39,7
5 » »	38,6	38,0	39,2
6 » »	37,7	38,2	37,4
7 » »	37,7	38,2	38,0
8 » »	37,5	36,7	37,7
9 » »	37,1	36,7	36,3
10 » »	36,0	36,1	35,7
11 » »	35,9		

i t. d. bez podwyższeń poza granice normalne.

Badanie narządów wewnętrznych poza małokrwistością, śladami przebytej krzywicy i dość znacznie powiększonymi gruczokami limfatycznymi na szyjce, pod paszkami i w pachwinach, nic szczególnego nie wykrywa. Wyraźnych zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego niema, jak również niema zaburzeń ze strony wydzielania moczu (zwiększona częstość, parcie itd.).

Mocz, badany drugiego dnia choroby, wykazuje: przy niskim ciężarze właściwym (1015), wyraźnie kwaśnym odczynie, zupełny brak białka, natomiast w dużej ilości napęczniałe i często zgrupowane po kilkanaście sztuk białe ciałka krwi; trochę świeżych czerwonych ciałek i gdzieniegdzie komórki ogoniaste; poza tem pojedyncze komórki z pęcherza moczowego i duża ilość kryształów kwasu moczowego.

Zaleciłem: dyetę mleczno-mączno-jarzynową, bez mięsa i rosołów; wodę Wildungen i urotropinę, którą dziewczynka zażywała przez 3 dni, poczem dostała ichtalbinę po 0,35 — 3 razy na dzień.

Wszelkie objawy zapalenia miedniczek nerkowych minęły już 11-go dnia.

W ciągu następnych kilku tygodni kontrola moczu wykazywała, że zmian chorobowych tam niema; dopiero mniej więcej w ½ roku po wyzdrowieniu dziecko dostało ponownie gorączki przy lekkich objawach niestrawności; wtedy mocz zbadany przez kolegę Zurakowskiego, wykazał zmiany, właściwe

zapaleniu miedniczek; przy wodzie Wildungen, odpowiedniej dyecie i ichtalbinie po 10 dniach wszelkie objawy znikły.

Przypadek VII.

H. S. dziewczynka 3-letnia, od paru miesięcy zaczęła widocznie chudnąć i mizernieć, wyraźnych jednak podwyższeń ciepłoty ciała nie zauważono (Nb. ciepłomierza nie używano). W chwili badania poza bladością skóry i błon śluzowych, dość wyraźnie zwiększonymi gruczołami limfatycznymi na szyi, w paszkach i pachwinach i wreszcie objawami wychudnięcia, nic godnego uwagi nie zauważyłem.

Badanie moczu wykryło: 1) ciężar właściwy 1017, 2) oddziaływanie kwaśne, 3) białka niema, 4) w osadzie sporo białych ciałek, napęczniałych, perełkowatych (A. Żurakowski), 5) wcale nie rzadkie komórki ogoniaste, 6) kilka zupełnie odbarwionych erytrocytów, 7) kilka pospolitych nabłonków płaskich, 8) różne bakterye gnilne.

Zaleciłem: dyetę bez mięsa, wodę Vichy Célestins i urotropinę, poczem mocz, badany po tygodniu, wykazał wyraźne zmniejszenie się ilości białych ciałek i brak czerwonych, zresztą to samo; po 10 dniach już trzecie badanie moczu wykryło *ceteris paribus* znaczne zwiększenie się ilości ciałek białych i sporo kwasu moczowego przy licznych stłuszczonych komórkach ogoniastych; zamieniłem wtedy urotropinę, na ichtalbinę; w tydzień później już porcya dzienna zawierała tylko: »kilka odbarwionych, skurczonych erytrocytów« (A. Żurakowski), porcya nocna żadnych patologicznych części składowych nie zawierała.

Kilka następnych badań (pracownie kolegów Żurakowskiego i Bogusławskiego) wykrywało od czasu do czasu parę erytrocytów w osadzie i nieco zwiększoną ilość białych ciałek, poczem już wszelkie te obawy ustąpiły. Cała choroba trwała od chwili rozpoznania około 2 miesięcy. Dodać muszę, że dziecko przez cały ten czas żadnych potraw mięsnych nie jadło, poprawiło się jednak nadzwyczajnie.

Przypadek VIII.

Dziewczynka D. I., 5 lat mająca, dostaje nagle 39,0° C i przytem miewa częstą potrzebę oddawania moczu, bólu jednakże przytem żadnego nie odczuwa; ciepłota ciała na 2-gi dzień spada do 36,5° (Nb. dziecko dostawało parę razy aspirynę), zalecam odstawienie aspiryny i zbadanie moczu, które wykrywa: 1) zaledwie dostrzegalne ślady białka, 2) sporo białych ciałek krwi, miejscami ułożonych w grupy z kilkunastu lub więcej, 3) odczyn wyraźnie kwaśny, 4) ciężar właściwy 1017, 5) bardzo nieliczne nabłonki płaskie, 6) po kilkanaście w polu widzenia świeżych czerwonych ciałek krwi.

Zalecam: dyetę mleczno-mączno-jarzynową, wodę Wildungen i urotropinę.

Ciepłota ciała w ciągu następnych 8—10 dni bez używania środków przeciwgorączkowych jest przeważnie wysoka (około 39,0° C) ze spadkami do 37,2 C (minimum), pojawiającymi się bez żadnego porządku. Wezwany na naradę kolega Edward Zieliński komunikuje mi, że leczył na zapalenie miedniczek nerkowych matkę i starszą siostrę pacyentki mojej. Decydujemy zamienienie urotropiny na ichtalbinę, poczem po miesiącu mniej więcej giną wszelkie objawy patologiczne ze strony moczu.

Dodam, że dziecko to cierpiało na nadzwyczaj silne nawykowe zaparcie stolca i że było wogóle blade, nawet po minięciu wszelkich objawów ze strony moczu; dopiero dłuższy pobyt dziecka w Szwajcaryi wpłynął znakomicie, zarówno na jego stan ogólny, jak i pośrednio na owo uporczywe zaparcie stolca, które w zupełności minęło [1]).

Przypadek IX.

Chłopiec 10-letni [2]), który przechodził jakąś bliżej nieokreśloną chorobę gorączkową (dur brzuszny?), nie przychodzi do zdrowia przez czas dłuższy, jest blady, niema łaknienia; wezwany do dziecka, dowiaduję się, że: 1) bliższych danych co do zachowania się ciepłoty ciała rodzice nie posiadają, i że 2) prawdopodobnie owa choroba gorączkowa była durem brzusznym. Przy badaniu znajduję znaczne wychudnięcie dziecka, poza tem nic godnego zanotowania.

Mocz, zbadany na 2-gi dzień, wykazuje olbrzymią wprost ilość ropy (pyuria) przy kwaśnym odczynie i dość wyraźnej ilości białka (próba Hellera z filtrowanym moczem).

Po zaleceniu początkowo salolu, potem *dct. fol. uvae ursi*, dyety mleczno-mączno-jarzynowej, wody alkalicznej i kąpieli aromatycznych, chory mój znacznie się poprawił, chociaż w ciągu kilku następnych miesięcy ropę w moczu wykrywałem; wreszcie straciłem chorego z oczu i dopiero w 6 lat później już w Warszawie zostałem wezwany do mego dawnego pacyenta; znalazłem stan rozpaczliwy: obrzęki ogólne, wyraźne objawy mocznicowe (drgawki itd..).

Już 2-go dnia po mojej bytności chory zmarł, tak, że nie miałem możności przekonać się o tem, jakie zmiany chorobowe zawierał mocz; dowiedziałem się jednak od rodziców chorego, że koledzy leczący go, rozpoznawali zapalenie nerek i że robione

---

[1]) Dziecko to obserwowaliśmy mniej więcej w 1½ roku później z kol. Zielińskim z powodu wyraźnego nawrotu zapalenia miedniczek nerkowych.

[2]) Chorego obserwowałem w Siedlcach gubernialnych przed dwunastu laty.

w ciągu kilku lat badania moczu zawsze wykrywały większą lub mniejszą ilość ropy.

Przypadek X.

I. S. chłopczyk, 4 miesiące mający, karmiony piersią przez matkę, od paru tygodni ma niewybitne objawy niestrawności, przyczem stan jego tak dalece nie wzbudza obawy, że rodzice nie uważają za właściwe wezwać lekarza, dopiero pojawienie się gorączki zmusza ich do tego.

Przy badaniu znajduję: lekko wzdęty brzuszek i objawy pewnego wychudnięcia dziecka; ciepłota ciała, mierzona w kiszce prostej, wynosi 38,7° C. Polecone badanie moczu (laboratoryum dra Serkowskiego) wykrywa: 1) ciężar właściwy 1009, 2) odczyn kwaśny, 3) $\Delta = -0{,}78^0$ C, 4) białka ślady minimalne, 5) w osadzie — komórki wrzecionowate nieliczne, płaskich mało, 6) sporo wązkich szklistych wałeczków (kilkanaście na każdem polu), kilka z nich nabitych leukocytami i erytrocytami, 7) ropy w ścisłem znaczeniu niema, na polu widzenia grupki po 15 leukocytów, 8) czerwone krążki krwi tylko na wałeczkach.

Badanie serodyagnostyczne krwi wykazuje, że: »surowica krwi aglutynuje wyłącznie gronkowce w niedużych rozcieńczeniach (do 1:50)«. Poza tem: hyperleukocytoza (czterokrotnie zwiększona ilość białych krążków), szczególniej zwiększona ilość wielojądrzastych. Sama krew jałowa.

Na podstawie tych danych rozpoznałem *pyelonephritis* i poleciłem: a) wewnętrznie ichtalbinę 3 razy na dzień po 0,1; b) Vichy Céléstins; c) kąpiele higieniczne; d) dokładne mierzenie ciepłoty.

W ciągu następnych 11 dni wahania ciepłoty (in recto) między 37,3 i 38,5° C bez żadnego określonego typu.

Powtórne badanie ściślejsze w laboratoryum kol. Serkowskiego po 16 dniach wykryło znaczną już poprawę (nie było wcale wałeczków i tylko pojedyncze komórki wrzecionowate).

W miesiąc i 3 miesiące potem, już badania moczu nie wykryły żadnych zmian chorobowych; dziecko poprawiło się znacznie.

Przypadek XI.

Dziewczynka I. Sw., 2½ mająca, mieszkająca na wsi, od 2 tygodni nie domaga, ma brak łaknienia, wyraźnie chudnie i blednie.

Przy badaniu znajduję: 1) wielką bladość skóry i błon śluzowych, 2) sporo wyczuwalnych gruczołów limfatycznych na szyi i pod paszkami, 3) wyraźne ślady angielskiej choroby, 4) nieco zwiększoną wątrobę, nic więcej godnego zaznaczenia.

Matka przez cały okres choroby mierzyła ciepłotę ciała, która według dni choroby przedstawia się w następujący sposób:

1	TM. 37,3	(pod	paszką)	TV.	37,7
2	TM. 36,8	»	»	TV.	38,0
3	TM. 38,5	»	»	TV.	39,0
4	TM. 37,2	»	»	TV.	38,2
5	TM. 36,7	»	»	TV.	36,8
6	TM. 36,9	»	»	TV.	37,1
7	TM. 36,8	»	»	TV.	36,5
8	TM. 36,9	»	»	TV.	36,6
9	TM. 37,4	»	»	TV.	38,5
10	TM. 36,6	»	»	TV.	36,8
11	TM. 37,1	»	»	TV.	37,0
12	TM. 37,2	»	»	TV.	37,5
13	TM. 36,7	»	»	TV.	36,5

i t. d. (do końca choroby, trwającej około $2^1/_2$ miesiąca z podwyższeniami, nie przekraczającymi 37^0 C pod paszką).

Badanie moczu (lab. kol. Serkowskiego) wykryło: a) odczyn kwaśny, b) ciężar właściwy 1,009, c) $\triangle = -0{,}90^0$ C, d) białka $0{,}05^0/_{00}$, e) nieliczne komórki wrzecionowate, f) pojedyncze (0 do 1) czerwone ciałka, g) t y s i ą c e k. wielojądrzastych w polu widzenia, h) wałeczków niema, i) dużo śluzu w zlepkach z ropą, j) obecne w czystej hodowli i w ogromnej ilości *bact. coli commune (gonococcus et bac. tbc. abest)* — Coliuria.

Badanie krwi: 1) posiewy jałowe, 2) surowica a g l u t y n u j e t y l k o l a s e c z n i k i o k r ę ż n i c y w r o z c i e ń c z e n i u do 1:200, 3) wyraźnej hyperleukocytozy niema, 4) aglutynacya: *bb. typhi, paratyphi, tbc, staphylococci et streptococci* ujemnie.

Zaleciłem: 1) kąpiele obojętne, 2) dyetę mleczno-mączno-jarzynową, 3) wewnętrznie Vichy Céléstins i 4) 3 razy na dzień ichtalbinę.

Badanie moczu w ciągu następnego miesiąca wykazywało wciąż jeszcze dużą ilość ropy, chociaż dziecko znacznie przybyło na wadze (1 kilogr. przez miesiąc) i nabrało wogóle lepszego wyglądu. W ciągu następnego miesiąca ilość ropy w moczu zaczęła się znacznie zmniejszać i dopiero w $2^1/_2$ miesiące od początku leczenia można uważać chorą za wyleczoną [1]).

Przypadek XII.

Dziewczynka A. M., 2 lata mająca, od kilku dni ma obustronny obrzęk gruczołów limfatycznych szyjnych tylnych i nieco mniej wyraźne powiększenię gruczołów podszczękowych. Ciepłota

---

1) Nie mogę sądzić, o ile wyleczenie to jest trwałe gdyż dziecko obserwuję od niedawna.

ciała w granicach między 37,8° C i 39° C — bez wyraźnego typu. Gruczoły wyraźnie bolesne. W gardle i innych narządach żadnych godnych zaznaczenia zmian niema.

Badanie krwi (labor. dra Serkowskiego) wykazuje: 1) reakcya Widala (1:100) ze szczepami prątka durowego wyraźna; inne aglutynacye — ujemnie; 2) morfologicznie: dwukrotnie zwiększona ilość białych ciałek *(nephropyelitis)*.

Badanie moczu: 1) odczyn kwaśny, 2) ciężar właściwy — 1006 (sic!), 3) białka ślady, 4) liczne nabłonki miedniczkowe i nerkowe, 5) czerwone krążki pojedyncze, 6) leukocyty liczne w pasmach śluzowych, gęsto usiane, 7) wałeczki szkliste i ziarniste (1—2 w polu) szerokie.

Rozpoznanie: *pyelonephritis*, najprawdopodobniej jako powikłanie zakażenia durowego.

Dalszy przebieg: a) gorączka bez wyraźnego typu około 2 tygodni i mniej więcej w tym czasie zginęły objawy ze strony gruczołów, b) jeszcze w 1½ miesiąca wyraźne objawy *pyelonephritis* ze strony moczu; dopiero po 2 miesiącach brak objawów ze strony moczu, c) po 6 tygodniach nawrót objawów ze strony moczu, około 2 tygodni trwający, d) wyzdrowienie zupełne.

Leczenie: 1) urotropina, 2) ichtalbina, 3) kąpiele obojętne, Vichy Céléstins.

Przy pisaniu niniejszej pracy korzystałem z następujących dzieł lub prac:

1) Urétérites et Pyélites par le dr Noél Hallé 1887.
2) Étude sur le rein des urinaires par le dr Albarran 1889.
3) Dyagnostyka chorób moczowopłciowych (tłum. rosyjskie) Posnera 1895.
4) Pyelitis (po rosyjsku) przez Pasternackiego 1907.
5) Lehrbuch der Kinderheilkunde v. O. Heubner, II. tom, str. 493, 1906.
6) Lehrbuch der Kinderheilkunde von dr A. v. Hüttenbrenner.
7) Pyelitis in Infancy and Childhood Remarks of Urine. (Archives of Pediatrics) dr L. Fischer 1907.
8) Ueber langdauernde Fieberzustände unklaren Ursprungs dr Heubner (1900 z ref. z Archiv. de Med. des Enfants Mars).
9) Pielite de bacillo di Eberth, osservata in una bambina affetta da febre tifoide dr Comba (Rivista di Clinica Medica 1901, z Arch. de Med. des Enfants).
10) A case of acute pyelitis in infancy (The Scot. Med. and Sourg Journal. 1907, z Arch. de Med. des Enfants dr Ritchie.

11) Notes of the symptoms and treatment of acute pyclitis (The Scot. Med. Journ. VI., 1902, ref. z Arch. de Med. des Enfants) dr John Thomson.

12) Dr Rowland Godfrey Freeman. The acute pyelitis of infancy with report of a case (Arch. of Pediatrics III., 1905).

13) O rozpoznaniu i leczeniu zapalenia pęcherza i miedniczek nerkowych w wieku dziecięcym (Therap. Monatshefte, V., 1907).

14) Podręcznik histologii ciała ludzkiego (Wydanie zbiorowe 1904).

15) Gerhardts Handbuch der Kinderheilkunde 1878 (Monti. Krankheiten der Nieren).

16) Nouveau traitement de la scarlatine: prophylaxie de la nephrite albuminurique scarlatineuse. Dr Isidoro Pujador, (Comptes Rendus du XII. Congrés Internat. de Méd. 1897, Moscou. Vol. III., page 415).

17) Traité des Maladies de l'Enfance par Grancher, Comby et Marfan Tome III., 1897.

18) Précis de Méd. Infantile P. Nobécourt 1907.

19) Dyagnostyka kliniczna coròb wewnętrznych v. Jakscha (tłóm. ros.) 1890.

20) Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych dra Wł. Biegańskiego, wydanie III-cie, 1903.

O zakażeniu mieszanem odrą i płonicą u dzieci.

Podał
Dr J. Brudziński
lekarz naczelny szpitala A. M.

Zakażenie mieszane rozpoznajemy w tych przypadkach, gdzie do już istniejącej choroby wysypkowej przyłącza się inna przed upływem okresu zdrowienia; jeżeli obie choroby wysypkowe przebiegają jednocześnie lub jedna przyłącza się do drugiej przed upływem trzeciego dnia choroby, mówimy wtedy o zakażeniu mieszanem współczesnem. Niektórzy autorzy sądzą, iż tylko przypadki tej ostatniej kategoryi uważaćby należało za zakażenie mieszane, większość jednak mianem tem określa przypadki obu kategoryi z tego względu, iż ustrój nawet już po przebyciu danej choroby wysypkowej, ale przed upływem okresu zdrowienia, oddziaływa jednak inaczej na dodatkowe zakażenie, niż ustrój zdrowy.

Sprawa możliwości zakażenia mieszanego dwu lub trzema nawet chorobami wysypkowemi obecnie nie ulega wątpliwości, był jednakże czas, gdy możliwości tej kategorycznie zaprzeczano wskutek poglądów na tę sprawę Hebry i Trousseau. Potrzeba było dopiero całego szeregu ścisłych spostrzeżeń klinicznych, przemawiających wymownie za tą możliwością, ażeby sprawę zakażeń mieszanych ustalić jako fakt kliniczny. Większość spostrzeżeń dotyczy mieszanego zakażenia odrą i płonicą, nie brak jednak spostrzeżeń mieszanego zakażenia odrą i ospą (Lichtmann) , ospą i płonicą (Wolberg, Malinowski i in.), ospą wietrzną i płonicą (Henoch, Hase), potrójnego — odrą, ospą

i płonicą (Malinowski), płonicą, ospą wietrzną, odrą (Henoch), odrą i różyczką (Kramsztyk i in.), płonicą i różyczką (Pospischill) i t. d. Obecnie sprawa zakażeń mieszanych wyszła już z dziedziny rozpraw teoretycznych, liczą się z nią przy budowie nowoczesnych szpitali dziecięcych, urządzając na ten cel specyalne oddziały, a nawet małe pawilony (19 pawilonów w szpitalu jubileuszowym w Wiedniu dla różnej kombinacyi zakażeń mieszanych). Od chwili też współczesnego spostrzegania większej liczby podobnych przypadków zakażeń mieszanych w szpitalach dziecięcych datuje się głębsze wniknięcie w istotę zakażenia mieszanego, wzajemnego wpływu wysypki jednej na drugą, na przebieg, zejście i t. d.

Pod tym względem, jak zobaczymy z przeglądu odnośnego piśmiennictwa, istnieją jeszcze wielkie różnice w poglądach różnych autorów.

W pracy niniejszej uwzględnimy obszerniej tylko zakażenie mieszane odrą i płonicą, tu bowiem nastręczają się największe trudności rozpoznawcze i sprawa ta ma doniosłe znaczenie dla szpitali dziecięcych, gdyż bywa najczęściej przyczyną powtarzania zakażeń wewnątrzszpitalnych, jak również dla szkół podczas panowania obu epidemii.

Trudności rozpoznawcze podnosi w swem dziele Heubner: »Rozpoznanie odry i płonicy o współczesnym przebiegu przedstawia zawsze pewne trudności«, czytamy tam, »spostrzegałem jednak, jak sądzę, przypadki, w których o podwójnym charakterze wysypki wnosić było można zarówno z objawów obecnych, jak i z następczych«. Już z tego orzeczenia znakomitego klinicysty widać, że występowanie współczesne tych wysypek nie należy ani do rzeczy częstych, ani do łatwych rozpoznawczo.

Znacznie częściej spotykają się zakażenia mieszane następcze, t. j. już po upływie okresu gorączkowego danej choroby wysypkowej, a przed upływem okresu zdrowienia. Henoch przytacza osiem takich przypadków. Heubner co do zakażeń mieszanych nie współcześnie, ale jedno po

drugiem przebiegających, uważa, iż dla przebiegu ma tu znaczenie, czy cięższe zakażenie występuje jako następcze, czy też lżejsze. W pierwszym wypadku rokowanie jest zawsze niepewne. N. p. odra po ospie wietrznej przybiera łatwiej niepomyślny lub najeżony powikłaniami przebieg, niż naodwrót. Na 10 przypadków odry z kliniki Heubnera po płonicy było jedno zejście śmiertelne (10%), na 10 przypadków płonicy po odrze — 4 zejścia śmiertelne (40%). W 3 przypadkach Henocha odry po płonicy — w 2 zejście śmiertelne; w jednym wyleczenie, w jednym, gdzie po płonicy w 8 dni ospa wietrzna, po niej w 5 dni odra — zejście śmiertelne. Steiner sądzi, iż wysypka następcza osłabia się przez pierwszą; w przypadku jego płonica wystąpiła na czwarty dzień po zjawieniu się wysypki odrowej. Johannessen zauważył, że jeżeli odra następuje po płonicy, to na przebieg nie wpływa to wiele, natomiast gdy płonica następuje po odrze, to przebieg płonicy bywa łagodniejszy.

Besse sądzi również, że przebieg płonicy po odrze jest łagodniejszy, zaznacza natomiast, że odra po płonicy daje ciężkie powikłania Grancher (1885) przytacza trzy przypadki: W dwóch przypadkach wystąpiła odra po płonicy w 12, względnie w 8 dni. W obu przypadkach zejście śmiertelne. w trzecim przypadku płonica wystąpiła w 14 dni po odrze — przebieg łagodny — wyzdrowienie. Grancher wypowiada zdanie, iż płonica występująca po odrze cechuje się łagodnym przebiegiem, zaś odra po płonicy ciężkim.

Flesch (1890) na podstawie 3 przypadków u rodzeństwa sądzi, iż odra, następująca po płonicy, ma na przebieg płonicy wpływ dodatni, twierdzi on nawet, że dziecko po przebytej świeżo odrze jest zabezpieczone na czas pewien od płonicy. Twierdzenie to pozostaje zupełnie odosobnionem, jak również odosobnionem i niesprawdzonem pozostało twierdzenie Perkala co do zabezpieczającego wpływu przebytej świeżo świnki (zapalenia

przyusznicy) podczas epidemii płonicy. Claus wbrew twierdzeniu Granchera uważa, iż rokowanie co do odry po płonicy jest dość pomyślne. Caiger i Hase zgadzają się pod tym względem z Grancherem. K. Ciągliński obserwował mieszane zakażenie odrą i płonicą u trojga rodzeństwa: jedno dziecko w 9-ym dniu odry dostało płonicy, dwoje zaś w 5-ym i 6-ym dniu płonicy zapadło na odrę. Przebieg przypadku płonicy po odrze był ciężki, 2 przypadki odry po płonicy miały przebieg bardzo lekki, zgodnie więc z twierdzeniem Heubnera i Clausa. W przypadku Malinowskiego do wysypki odrowej przyłączyła się wysypka płonicza na drugi dzień, trwała 2 dni, poczem, jak autor zaznacza, wysypka odrowa dopiero się rozwinęła. Przebieg był względnie łagodny. W drugim przypadku, gdzie odra przebiegała jednocześnie z ospą, a obie przebiegały dość łagodnie, płonica przyłączyła się w 36 godzin po spadku ciepłoty, przybrała przebieg ciężki i zakończyła się śmiercią. W obu przypadkach płonica była wtórną po odrze, przebiegały one jednak zupełnie różnie.

Wogóle, jak widzimy z tego zestawienia, zdania autorów co do wzajemnego wpływu jednej wysypki na drugą są wprost sprzeczne, co się dostatecznie tłómaczy tem, iż wnioski większości wymienionych autorów opierają się na bardzo małej ilości spostrzeżeń; to samo da się powiedzieć o dwóch nowszych autorach — Rolly (1899) i Lange (1896), z których każdy przytacza bardzo dokladnie obserwowany, ale tylko pojedynczy przypadek mieszanego zakażenia odrą i płonicą. Rolly na zasadzie swego przypadku i krytycznie przejrzanych przypadków wspomnianych wyżej autorów dochodzi do wniosku, iż odra i płonica mogą się rozwijać jednocześnie u tego samego dziecka, przechodzić wszystkie okresy i mieć każda swe charakterystyczne objawy i powikłania — zupełnie tak, jak gdyby każda z nich przebiegała oddzielnie; gdy wystąpienie wysypek oddziela dłuższy przeciąg czasu, Rolly sądzi zgodnie z Johannessenem, Grancherem, że przypadki

płonicy po odrze mają rokowanie pomyślne, przypadki odry po płonicy gorsze rokowanie. Lange nie uznaje żadnego wpływu wzajemnego współcześnie przebiegających wysypek. Przypadek jego dotyczy odry po płonicy na 6-ty dzień. Zejście pomyślne. Z powikłań zapalenie ucha środkowego, zapalenie otrzewnej; to ostatnie autor odnosi wyłącznie do płonicy. Lange nie zgadza się z orzeczeniem Granchera co do wpływu jadu odrowego na opóźnienie spadku ciepłoty po płonicy, przytaczając poniekąd słusznie co do przypadków Granchera, iż jedno z tych dzieci dostało odry w 11 dni od wystąpienia wysypki płoniczej, drugie w 9 dni; jeżeli odjąć od tego 3 dni gorączkowego zwiastunowego okresu odry, pozostanie na okres gorączkowy płonicy 8 względnie 6 dni, co jest zupełnie w granicach normy. Mamy tu więc tylko do czynienia z przejściem krzywej ciepłoty płoniczej w odrową. Zdaniem Langego wpływ jednego zakażenia na drugie ogranicza się tylko do tego, że następna choroba natrafia już na ustrój, osłabiony pierwszą, świeżo przebytą lub jeszcze trwającą, ale nie może tu być mowy o jakimś swoistym wpływie wzajemnym zarazków płoniczego i odrowego.

Daleko ważniejsze znaczenie w kwestyi zakażeń mieszanych mają spostrzeżenia ze szpitali dziecięcych, oparte na liczniejszym materyale. Odnoszą się one wyłącznie do zakażenia mieszanego płonicą i odrą, które powstaje na oddziałach odrowych lub płoniczych od czasu do czasu, pomimo wszelkich najsurowszych zarządzeń izolacyjnych, nie potrafimy bowiem (Heubner, Pospischill i in.) zapobiedz temu, gdy na oddział płoniczy przyjęte zostanie dziecko, które jest we wczesnym okresie wylęgania odry, lub na oddział odrowy dziecko, u którego wkrótce po przyjęciu wybucha płonica, lub wreszcie, gdy na dany oddział zakaźny przyjęte jest dziecko z zakażeniem mieszanem, nierozpoznanem na razie. Wzorowe urządzenia izolacyjne mogą tylko ograniczyć szerzenie się epidemii.

Döbbert opisuje 10 przypadków zakażenia wtór-

nego płonicą na oddziale odrowym; przypadki te nie są właściwie zakażeniem mieszanem współczesnem, bo wystąpiły wszystkie jeszcze w okresie zdrowienia po odrze, tak że autor słusznie zalicza je do kategoryi zakażeń mieszanych. Döbbert podnosi, iż w połowie jego przypadków wysypka płonicza była niezupełnie typowa, tak że można było mieć wątpliwość co do rozpoznania płonicy, gdvby nie następcze zapalenie nerek. O takiej samej niewyraźności wysypki płoniczej po odrze wspominają Unruh i Fleischmann. Döbbert, idąc za zdaniem Glaesera sądzi, iż skóra po świeżo przebytej wysypce odrowej nie zawsze może oddziaływać silnie na nowe zakażenie. W przypadkach Döbberta zwraca uwagę, iż wszystkie prawie dzieci miały biegunkę, większość 1–2 dni przed wysypką, tak że autor zaczął w dalszej seryi swych spostrzeżeń uważać biegunkę prawie za objaw zwiastunowy płonicy. Tę samę cechę podnosi Jürgensen. Zwraca również uwagę obfitość powikłań w przypadkach Döbberta. Na 9 przypadków (1 jako przedwcześnie zabrany musi być wyłączony), tylko w 1 nie było powikłań. Spostrzegano: 5 razy zapalenie ucha, w tem 3 razy obustronne; 4 razy zapalenie nerek (2 razy ciężkie i długotrwałe); 2 razy zgorzelinowe zapalenie gardła (*angina necrotica*); 1 raz posocznico-ropnicę; 1 raz zapalenie jelit (septyczne?); 1 raz ciężkie zapalenie gruczołów chłonnych z zejściem śmiertelnem. Śmiertelność wynosiła 22%, co autor uważa za wielką odsetkę wobec 6.8% śmiertelności ogólnej, obliczonej przez Jürgensena z 21384 przypadków płonicy w Hamburgu. Döbbert wogóle uważa, iż przebieg płonicy po odrze jest ciężki, co, jak widzimy, stoi w sprzeczności nietylko z twierdzeniem Flescha o zabezpieczającym jakoby wpływie odry, lecz i z twierdzeniem wyżej wspomnianych autorów, (Grancher, Johannessen i in.), którzy podnosili łagodność przebiegu płonicy po odrze, przeciwnie zgadza się z poglądami Heubnera, Clausa, Ciąglińskiego.

Hase (Strasburg), opierając się na materyale statystycznym 2453 przypadków płonicy z przeciętną śmiertelnością 31.3%, przytacza dane co do występowania płonicy po innych chorobach wysypkowych lub nawet podczas ich przebiegu. Najczęściej tą pierwszą chorobą była odra. Spostrzegano 37 przypadków, w których płonica wystąpiła u chorych odrowych, z tych wyzdrowiało 24, zmarło 13 t. j. 35.1%. W przypadkach, gdzie odra występowała po płonicy, śmiertelność wynosiła 43.8%, czyli znowu mamy potwierdzenie danych Granchera, Johannessena. Przebieg był wogóle znacznie cięższy, zwłaszcza często występowały powikłania ze strony płuc; w przypadkach odry przed płonicą zrazikowe zapalenie płuc wystąpiło w 8%, w przypadkach odry po płonicy w 26%. Jednocześnie odra i płonica przebiegały w 10 przypadkach, z tych zmarło 8, wyzdrowiało 2. Przypadki te przebiegały ciężko z wysoką ciepłotą i wielu poważnemi powikłaniami.

Również na materyale statystycznym opiera wnioski Tiktin-Hausman (Zurych). Na 1370 leczonych w szpitalu przypadków płonicy w 31 spostrzegano zakażenie podwójne, w 6 z odrą, w 6 z różyczką, w 11 z ospą wietrzną i t. d. We wszystkich przypadkach zakażenia mieszanego, pisze autor, przebieg zarówno płonicy, jak i towarzyszących wysypek, był lekki bez wybitnego podniesienia ciepłoty i bez wszelkich powikłań. George Kien (Strasburg) podczas epidemii 1903—1904 spostrzegał 36 przypadków odry wtórnej po płonicy, której przebieg, jak zaraz na wstępie zaznacza autor, »jak wiadomo, bywa bardzo niebezpieczny«. Z 36 przypadków zmarło 8 (22%). Jednoczesnego występowania wysypki odrowej i płoniczej Kien nie spostrzegał. Z przypadków, szczegółowo podanych, wysnuwa Kien wniosek, że płonica usposabia do zachorowania na odrę, o ile naturalnie sposobność zarażenia się istnieje, co w szpitalu dziecięcym, nawet wzorowo urządzonym, zdaniem autora nie może być rzadkością.

Hukiewicz ze szpitala jubileuszowego w Wiedniu,

w którym już w samej budowie specyalnie uwzględniono częstość mieszanych zakażeń, jak o tem wyżej wspomnieliśmy, podaje szczegółowy opis 21 przypadków zakażeń mieszanych odrą i płonicą, spostrzeganych w przeciągu jednego roku (1904). Zaznacza on słusznie, że sprawa zakażeń mieszanych wobec dość licznych, ale przeważnie pojedynczych spostrzeżeń nie ulega wprawdzie wątpliwości, ale pozostaje dużo punktów niejasnych co do rozpoznania, przebiegu, a zwłaszcza co do pytania, czy przebycie jednej wysypki czyni ustrój dziecka wrażliwym na inną.

Hukiewicz spostrzegał 2 przypadki, w których płonica poprzedzała odrę; co do tych przypadków nie miał trudności rozpoznawczych; natomiast większą różnorodność i pewne trudności rozpoznawcze napotykał w przypadkach, gdy płonica następowała po odrze. Hukiewicz spostrzegał w niektórych przypadkach tej kategoryi nader charakterystyczną odmianę wysypki płoniczej. Spostrzegał ją tylko na tułowiu i na kończynach, zwłaszcza na dolnych, nigdy na twarzy. Tworzy ona plamy wielkości dłoni lub większe, niekiedy zajmujące całą powierzchnię klatki piersiowej, wyniosłe, poprzedzielane jedne od drugich tylko wąskiemi, nierówno przebiegającemi pasemkami skóry czystej. Powierzchnia tych plam gładka, prawie błyszcząca, barwy ceglastej. Wysypka nie podobna jest do żadnej ze znanych postaci wysypek, raczej do dużych zlewających się wykwitów pokrzywkowych, ma również nieregularne kontury, jest również wyniosła, a tylko odróżnia się od pokrzywki barwą i jeszcze więcej błyszczącą powierzchnią. Powstaje wysypka ta w tych miejscach, gdzie rozwija się obficie, ale jeszcze nie zakwitła całkowicie wysypka odrowa; zupełnie wykształcona, poczynająca blednąć wysypka odrowa nigdy nie ulegała podobnym zmianom. Wysypka ta jest zmienna. W postaci opisanej utrzymuje się bardzo krótko, po kilku godzinach staje się mniej wystającą, zmienia barwę na blado-różową, potem przybiera postać drobnej wysypki płoniczej. Jednocześnie na tle wysypki płoniczej zjawiają

się i w innych miejscach wykwity odrowe. Ponieważ w chwili zjawienia się tej charakterystycznej wysypki na wolnych od niej miejscach skóry pomiędzy oddzielnemi plamami, nie widać jeszcze wysypki płoniczej, Hukiewicz przypuszcza, że ta modyfikacya wysypki odrowej nie następuje pod wpływem wysypki płoniczej, lecz wskutek jakiejś nieznanej zmiany w skórze, poprzedzającej bezpośrednio wysypkę płoniczą. Z chwilą, gdy na miejscach zmienionej w powyżej opisany sposób wysypki odrowej, zjawia się wysypka płonicza, obraz nie różni się od zwykłych przypadków mieszanego zakażenia odrą i płonicą. Wskutek silnej wysypki płoniczej wykwity odrowe mniej są widoczne; gdy wraz z bladnięciem wysypki płoniczej zmniejsza się przekrwienie skóry, uwydatnia się więcej wysypka odrowa. Na miejscach charakterystycznie zmienionej wysypki odrowej spostrzegał Hukiewicz dość często punkcikowate wybroczyny. W szeregu przypadków płonicy po odrze wyżej opisana wysypka występowała w 7 przypadkach, w 3 wysypka odrowa nie uległa pod wpływem wysypki płoniczej żadnej zmianie.

W 3 przypadkach spostrzegał Hukiewicz odrę i płonicę, rozwijające się zupełnie jednocześnie. W jednym przypadku wysypki zajęły zupełnie odrębne okolice skóry, mianowicie wysypka odrowa zajęła kończyny górne i tułów aż do więzadła Pouparta, wysypka płonicza tylko uda. Przez 3 dni wysypki nie przekraczały tych granic, dopiero gdy czwartego dnia wysypka płonicza zbladła, wystąpiły nieliczne wykwity odrowe i na udach.

Co do wzajemnego wpływu obu wysypek na ciężkość przebiegu, wypowiada się Hukiewicz bardzo ostrożnie z tego względu, iż tu wchodzą w grę i właściwości danej epidemii i osobnicze. Z 21 przypadków, 13 wyzdrowiało, 7 zmarło (33.3%) (1 zabrany bez poprawy). Z 13 wyleczonych przypadków w 10 przebieg był łagodny, w 3 przeważał obraz ciężkiej płonicy. Z 7 zmarłych w 4 przypadkach były ciężkie powikłania płucne, jak przy odrze, w 3 był

obraz ciężkiej płonicy. Ciężka płonica występowała wogóle w 6 przypadkach (28,5%) na pierwszy plan. W tym samym czasie śmiertelność na odrę samą wynosiła 20,4%, na płonicę 12,5%. Ciężkie septyczne przypadki spostrzegano w niepowikłanej odrą płonicy w tym samym czasie w 24% — (z odrą 28,4% jak wyżej).

Hukiewicz na podstawie swych spostrzeżeń wypowiada zdanie, iż przebieg płonicy po odrze bywa cięższy,— a więc zgodnie ze zdaniem Heubnera, — następnie, że przebyta świeżo odra usposabia do zarażenia się płonicą. Ten drugi wniosek wysnuwa Hukiewicz z faktu, iż zakażenie mieszane odrą z płonicą spotyka się stosunkowo dość często, gdy kombinacye płonicy z innemi zakażeniami, z wyjątkiem ospy wietrznej, znacznie rzadziej, następnie z faktu zarażenia się dwojga sześciomiesięcznych dzieci płonicą wkrótce po zblednięciu wysypki odrowej, co wszak jest zjawiskiem rzadkiem w tym wieku. Oprócz tego w 2 przypadkach spostrzegał Hukiewicz wraz z wystąpieniem wysypki odrowej nawrót płonicy. Największa wrażliwość na zarażenie się płonicą istnieje w drugim okresie wylęgania odry i w okresie zwiastunowym, mniejsza w pierwszym okresie wylęgania i po ukończonem wysypaniu się, ale i w tym okresie wrażliwość jest większa, niż u dzieci zdrowych lub dotkniętych innemi chorobami zakaźnemi.

Te wnioski Hukiewicza są, jak widzimy, pomijając już odosobnione zdanie Flescha co do zabezpieczającego wpływu przebytej odry względem płonicy, w pewnej sprzeczności z przytoczonymi wyżej wnioskami Kiena, który twierdzi, iż płonica usposabia do zachorowania na odrę.

Szczególną wagę obok pracy Kiena ma dla nas praca Risela z kliniki Soltmanna, ze względu, iż zajmuje się wyłącznie zakażeniem mieszanem odrą po płonicy na oddziale szpitalnym, to jest oparta jest na podobnym materyale, jakim będzie materyał, służący do niniejszej pracy. Risel opiera swe wnioski na 35 spostrzeżeniach zakażenia mieszanego odrą współcześnie z płonicą lub w okresie łu-

szczenia płoniczego. Źródłem odry na oddziale płoniczym były przypadki, w których już w 6—7 dni po przyjęciu wybuchła odra. — W okresie wylęgania odry chorzy ci niczem się nie różnili od chorych na płonicę w tym samym okresie choroby. Ciepłota nie przekracza prawidłowej, łuszczenie płonicze przebiega jak zwykle, występują charakterystyczne powikłania płonicze. Gdy okres wylęgania przypada na czas spadku krzywej ciepłoty płoniczej, spadek często się przeciąga; jest to spostrzeżenie, równoznaczne ze spostrzeżeniem Granchera, który mówi: »le virus de la rougeole a une influence véritable sur la défervescence définitive de la scarlatine, puisque cette défervescence a été arrêtée et remplacée par la persistance de la fièvre«.

Przebieg krzywej ciepłoty odry, o ile odra zaczęła się już po spadku ciepłoty płoniczej, nie przedstawiał zboczeń. W przypadkach, gdzie płonicza krzywa ciepłoty jeszcze nie spadła do normy (5 przypadków), początek sprawy odrowej zaznacza się wyraźnie większem jeszcze podniesieniem ciepłoty; dalszy przebieg krzywej w większości przypadków zwykły, o ile nie został zmącony przez powikłania, właściwe odrze lub płonicy. — Risel zwraca uwagę na opóźnione wysypanie się odry, które spostrzegał w połowie przypadków. Wysypka ogranicza się przez pierwsze 5 dni do rozrzuconych na twarzy, niekiedy na tułowiu pojedynczych, nawet mało charakterystycznych wykwitów, rozkwit wysypki przypada dopiero na 5—7 dzień i posuwa się nader szybko, lecz również szybko, bo niekiedy już na drugi dzień, blednie, pozostawiając brunatne pigmentacye. Risel tłómaczy sobie to zjawisko zmianami, jakie zachodzą w skórze pod wpływem uprzednio przebytej wysypki płoniczej: przekrwienie, surowiczy naciek i przypływ ciałek białych; zwłaszcza w głębszych warstwach już same zmiany w krążeniu krwi skórnem muszą mieć wpływ na rozwój wysypki odrowej, której wygląd wszak głównie od wypełnienia krwią naczyń skórnych zależy. O tem opóźnianiu się wysypki

odrowej, występującej po płonicy, wspominają również Unruh i Fleischmann.

Co do przebiegu odry zaznacza Risel, iż wszystkie dzieci sprawiały wrażenie ciężko chorych i przez czas dłuższy już po zniknięciu wysypki były bardzo osłabione. O ciężkości przebiegu świadczy obfitość powikłań. Na 35 przypadków wystąpiły powikłania przeważnie o silnem natężeniu w 29 przypadkach. Rozlany nieżyt oskrzeli spotykano w 10 przypadkach, z tych zejście śmiertelne w 7 przyp. (20⁰/₀), w 7 rozwinęło się zrazikowe zapalenie płuc (w 5 zejście śmiertelne). W 7 przypadkach spostrzegano poważne objawy ze strony krtani. Zapalenie ucha środkowego wystąpiło w 18 przypadkach na 35, zapalenie gruczołów w 6 przypadkach. Zapalenia nerek nie spostrzegano. — Nawrotu wysypki odrowej lub płoniczej nie stwierdzono. — Łuszczenie odrowe i płonicze przebiegały jak zwykle. — Rozpoznanie zdaniem Risela było w jego przypadkach niekiedy trudne z powodu zmienionego typu wysypki. Znakomicie ułatwiała rozpoznanie obecność plamek Koplika. Risel zgodnie z Grancherem, Rollym uważa, iż rokowanie dla odry po płonicy jest niepomyślne, na dowód przytacza dużą odsetkę (20⁰/₀) śmiertelności w swych przypadkach.

W ostatnim już czasie zajmował się sprawą zakażenia mieszanego odrą i płonicą Lereboullet. Ze względu na krótszy okres wylęgania płonicy występuje zdaniem jego najczęściej najprzód płonica, potem odra; odra przebiega w tych warunkach ciężko. O ile oddziela obie wysypki dłuższy przeciąg, wpływ ich wzajemny staje się mniej widoczny. Gdy płonica występuje po odrze, obie wysypki przebiegają dość niezależnie, jeżeli jednak powikłania poodrowe jeszcze trwają, pogarszają się znacznie przez dołączenie się płonicy. Ciężki przebieg odry, występującej wkrótce po płonicy, tłómaczy Lereboullet łatwością, z jaką zapalenie oskrzeli, towarzyszące odrze, pod wpływem paciorkowców płoniczych przechodzi w ogniskowe zapalenie płuc. Lereboullet podnosi trudności rozpoznawcze i trudności

przy ocenie powikłań, mianowicie, które należy odnieść do odry, a które do płonicy.

Jak widzimy, zdania co do wzajemnego wpływu jednej choroby na drugą są bardzo podzielone. Uwidoczni to najlepiej zestawienie poglądów różnych autorów w następującej tablicy.

Odra + płonica			Płonica + odra		
Bez wpływu	Przebieg cięższy	Przebieg lżejszy	Przebieg cięższy	Przebieg lżejszy	Bez wpływu
Lange	Heubner	Steiner	Henoch	Heubner	Lange
Tiktin-Hausman	Ciągliński	Johannessen	Grancher	Flesch	Tiktin-Hausman
Lereboullet	Doebert	Grancher	Hase	Claus	
	Hukiewicz	Malinowski	Rolly	Ciągliński	
		Rolly	Kien		
		Hase	Risel		
			Lereboullet		

Każdy nowy przyczynek, zwłaszcza oparty na spostrzeżeniach szpitalnych, jest jeszcze w sprawie zakażeń mieszanych bardzo pożądany, co wszyscy prawie autorzy zgodnie podnoszą.

Przechodzimy więc do przypadków własnych. Przypadków zakażenia mieszanego płonicą i odrą spostrzegaliśmy 12. Z tych przyjęto na oddział płoniczy już z podwójnem zakażeniem 3 dzieci, przybyło, jak się okazało, w okresie wylęgania odry 3, w 6 przypadkach mieliśmy do czynienia z zakażeniem wewnątrzszpitalnem.

Jedno z dzieci z zakażeniem mieszanem jednoczesnem odrą i płonicą (Bolesława P.) leżało na sali ogólnej w oddziale płoniczym tylko do rana dnia następnego; stąd powstały dalsze zakażenia odrą. Przypadek ten, pierwszy z seryi, gdy jeszcze uwaga nasza nie była specyalnie w tym kierunku zwrócona, był rozpoznany jako zakażenie mieszane jedynie dzięki obecności typowych plamek Koplika.

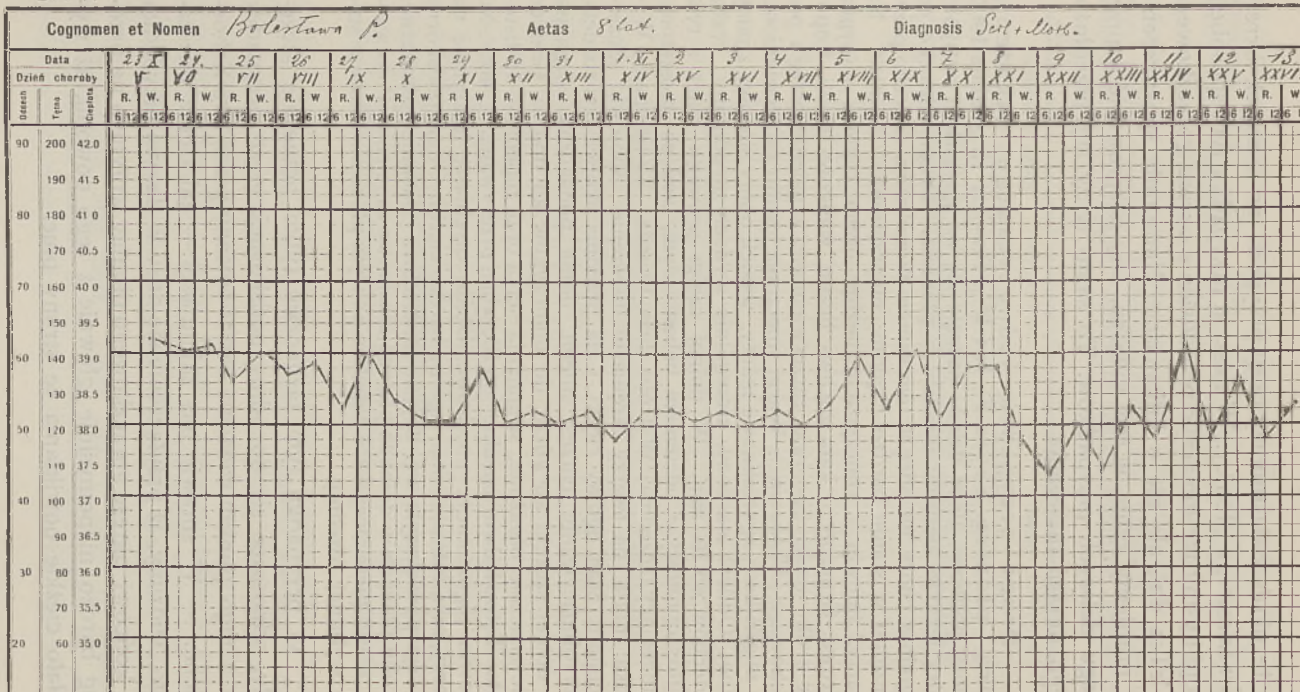
Bolesława P., 8 lat, przyjęta 23 października 1906 r. Odry nie przechodziła. Od 5 dni wysypka, ból gardła, wczoraj wymioty. Przytomna, osłabiona, nie kaszle. C. 39·0°. Na szyi, tułowiu, kończynach bardzo obfita wysypka, zlewająca się w wielu miejscach, w innych znowu pomiędzy większemi plamami wysypki skóra wolna od wysypki. Twarz zaczerwieniona, blady trójkąt koło ust. Spojówki nie zaczerwienione. Uszy przy obmacywaniu niebolesne. Błona śluzowa nosa zaczerwieniona, wysięku brak. Błona śluzowa jamy ustnej zaczerwieniona, na błonie śluzowej policzków typowe plamki Koplika. Gruczoły u kąta żuchwy, podpachowe i pachwinowe wielkości grochu.

Wysypka w tym przypadku nie naprowadziła na myśl o zakażeniu mieszanem, chociaż bowiem nie była to typowa wysypka płonicza ze względu zwłaszcza na wolne miejsca od wysypki pomiędzy wykwitami, nie była jednakże podobna do odrowej. Twarz była typowo płonicza. Wysypka w tym przypadku przypomina typ wysypki zmienionej, odrowo-płoniczej, opisanej przez Hukiewicza. Przypuszczać należy, ze względu na trwanie jeszcze plamek Koplika i trwanie wysypki od 5 dni, że obie wysypki wykwitały tu prawie jednocześnie.

26 października (8-my dzień choroby). Tętno 120. Ciepłota 38·8°. Wysypka zbladła. Obfite łuszczenie na twarzy, szczególniej na czole, na plecach. Blade miejsca pomiędzy wykwitami pobladłej wysypki jeszcze się zaznaczają. Skóra szorstka. Język obłożony. Plamki Koplika jeszcze widoczne. Spojówki zaczerwienione. Następnego dnia plamek Koplika nie widać. W płucach, szczególniej w prawym dolnym płacie z tyłu, liczne rzężenia i świsty. W dalszym przebiegu 6 listopada ropotok z uszu obustronny. Cały czas ciepłota podniesiona, spadła do normy dopiero 10 listopada, t. j. 23-go dnia choroby. Łuszczenie obfite, z początku drobniutkie płonicze i otrębiaste odrowe na tułowiu, następnie grubopłatowe płonicze na kończynach. 19 listopada (32-go dnia choroby) jeszcze obfite łuszczenie drobne na tułowiu i na kończynach grubopłatowe. 1 grudnia jeszcze łuszczenie na stopach. 6 grudnia łuszczenie ukończone. Wypuszczono dziecko zdrowe do domu.

W przypadku tym podnieść należy oprócz zaznaczonego już charakteru wysypki, długi okres gorączkowy, bo aż do 23-go dnia choroby (p. krzywą Nr. 1), pomimo, iż powikłań żadnych oprócz ropotoku usznego nie było, i długi okres łuszczenia i obfitość tegoż na tułowiu. — Przedłużenie nadmierne okresu gorączkowego w tym przypadku przemawia na korzyść wyżej przytoczonego twierdzenia Granchera, nie można tu bowiem zadowolnić się tłómaczeniem Langego, że odra o tyle tylko przedłuża okres gorączkowy płonicy,

№ 1.


Cognomen et Nomen Bolesława P.
Aetas 8 lat.
Diagnosis Scrl + Morb.
Data
Dzień choroby
Oddech
Tętno
Ciepłota
R.
W.
90 200 42.0
190 41.5
80 180 41.0
170 40.5
70 160 40.0
150 39.5
60 140 39.0
130 38.5
50 120 38.0
110 37.5
40 100 37.0
90 36.5
30 80 36.0
70 35.5
20 60 35.0

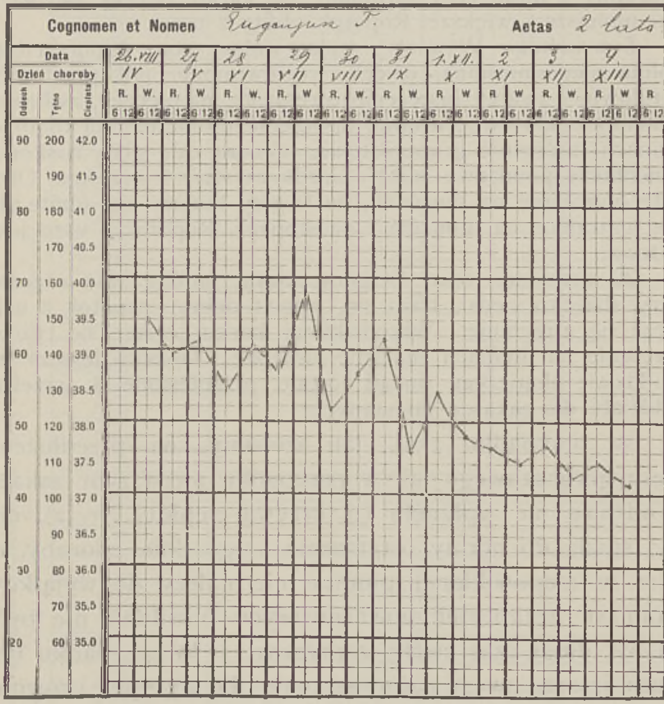
o ile okres zwiastunowy odry przypada na początek okresu gorączkowego płonicy. W naszym przypadku tym sposobem moglibyśmy wytłómaczyć przedłużenie okresu gorączkowego o kilka dni, ale nie o kilkanaście. Naturalnie spostrzeżenie to notujemy tylko w tem miejscu, aby je sprawdzić w przebiegu dalszych przypadków. To samo tyczy się przedłużonego okresu łuszczenia.

Drugi przypadek jednoczesnego zakażenia odrą i płonicą. Szyja F., lat 2½. Przyjęty 13 grudnia 1906. Chory podobno 10-ty dzień. Zaczęło się od gorączki i wysypki, którą lekarze wezwani uważali za płoniczą. Drugie dziecko od tygodnia chore na odrę w tem samem mieszkaniu. Dziecko przywieziono w stanie bardzo ciężkim, nieprzytomne. T. 39·8°. Na twarzy, tułowiu i kończynach niezbyt obfita typowa wysypka odrowa. Gruczoły u kąta żuchwy liczne, wielkości fasoli. Ropotok z obu uszu. Spojówki zaczerwienione, zapalenie brzegu powiekowego (*blepharitis*). Wargi spieczone, gardło zaczerwienione, na migdałkach zgorzelinowe naloty, wysięk obfity śluzowy z jamy ustnej. Oddech nasilony, szczególnie wydech utrudniony, liczba oddechów 45 na min. W dolnej części prawego płuca z tyłu odgłos opukowy z odcieniem bębenkowym, wydech zaostrzony, dmuchający (rozedma). Wątroba duża, twarda.—15 listopada. Wysypka znikła, na twarzy otrębiaste łuszczenie. Spojówki zaczerwienione. Stan ogólny ciężki. Cała przednia okolica szyi rozdęta, przy obmacywaniu chrzęst śniegu, odma podskórna, sięgająca do dolnej szczęki ku górze, do obojczyków ku dołowi. Granice płuc znacznie obniżone, stłumienia serca brak zupełny.—16 listopada. Tętno ledwie macalne, niezliczalne, przerywane. C. 40·3°. Na tułowiu pigmentacye poodrowe. Obfite otrębiaste łuszczenie na twarzy, szyi, tułowiu. Stan ogólny bardzo ciężki. Odma podskórna na szyi powiększyła się. Zejście śmiertelne.—Badanie pośmiertne: W obu płucach w dolnych płatach zrazikowe zapalenie. Po otwarciu klatki piersiowej serce zupełnie pokryte płucami. Płuca w stanie wybitnej rozedmy.

W przypadku tym zaznaczam tylko pobieżnie szczegóły, odnoszące się do odmy podskórnej, gdyż przypadek ten z tego punktu widzenia został opisany przez Dra Schoenaicha. — W sprawie nas zajmującej — zakażenia mieszanego, widzimy, iż przyłączenie się odry w danym przypadku ku końcowi okresu gorączkowego płonicy wpłynęło na przebieg bardzo niepomyślnie głównie z tego powodu, iż wywołało ciężkie powikłania ze strony płuc.

Trzeci przypadek. Eugeniusz T. 2 lata. Przyjęty 26 sierpnia 1908 r. Nr. 3338. Odry nie przechodził. Chory czwarty dzień, gorączkuje, kaszle. Wysypka od dwóch dni. Stan ogólny ciężki. Na twarzy, na piersiach wysypka odrowa obfita; na plecach, na udach nieliczne wykwity wysypki odrowej, natomiast obfita wysypka drobnopunkcikowata, płonicza; golenie prawie wolne od wysypki. Gruczoły szyjne przednie wielkości

№ 2



orzechów, tylne wielkości fasoli. Ropotok z lewego ucha. Spojówki zaczerwienione, wydzielina ropna. Gardło czerwone, na prawym migdale niewielki nalot, plamki Koplika na błonie śluzowej policzków, wysypka (*enanthema*) na podniebieniu. Obfity śluzoworopny wyciek z nosa. Granice serca prawidłowe, tony serca czyste, tętno 112. W płucach opukiwaniem zmian się nie stwierdza, liczne rzężenia wilgotne. Wątroba i śledziona niemacalne.

28 sierpnia. Stan ciężki. Tętno 130. T. 39·0° (p. krzywą Nr. 2). Wysypka odrowa znikła, widoczne liczne plamy po wysypce, twarz zaczerwieniona, łuszczenie. Na karku łuszczenie,

pękanie naskórka z krwawieniem, rozpoczynające się ropienie w niektórych miejscach. Na plecach wyraźna wysypka płonicza. Dziecko kaszle dużo, w płucach liczne rzężenia wilgotne.

31 sierpnia. Łuszczenie obfite na całem ciele, otrębiaste na czole, piersiach, liczne pigmentacye poodrowe. Stopy i dłonie nie łuszczą się.

2 września. Pomimo spadku ciepłoty stan ciężki, brak apetytu, dziecko leży bezwładnie, rozdrażnione, obfity wyciek śluzoworopny z nosa, oczy zaropiałe, na karku tworzą się wrzodziki mniejsze i większe. Ropotok obfity z uszu.

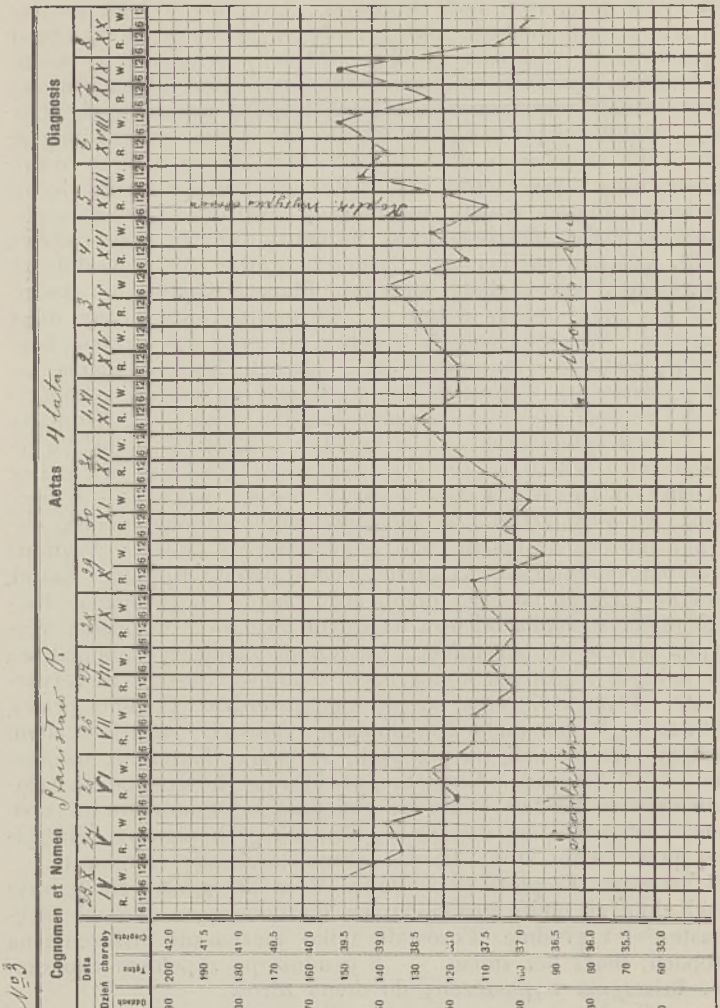
5 września. Wymioty, stolce wolne, stan ogólny ciężki, ciepłota niepodniesiona, dziecko rozdrażnione, pół przytomne. Na tułowiu i twarzy łuszczenie otrębiaste, na plecach, zwłaszcza w okolicy lędźwiowej, drobne łuszczenie płonicze. Na dłoniach i stopach łuszczenie grubopłatowe, schodzą całe płaty naskórka. Pigmentacye poodrowe znikły. Gardło czyste.—9 września. Otrębiaste łuszczenie na piersiach, na twarzy kończy się, obfite płatowe łuszczenie na dłoniach i na stopach. Ropotok z uszu jeszcze trwa.

20 września. Stan bezgorączkowy, ogólny stan znacznie lepszy, dziecko siedzi, bawi się, apetyt dobry, ropotok z ucha jeszcze się utrzymuje. Wrzodziki na karku jeszcze się tworzą. Łuszczenie na dłoniach znacznie mniejsze. Dziecko jeszcze jest na oddziale płoniczym, dokąd zostało przeniesione 4 września z oddziału dla zakażeń mieszanych.

W przypadku tym, jak widzimy, na przedłużenie okresu gorączkowego jak w przypadku pierwszym zakażenie odrowe nie wpłynęło (p. krzywą ciepłoty Nr. 2), ciepłota spada do normy ostatecznie 11-go dnia choroby, co nawet w niepowikłanej płonicy nie należy do wyjątków. Natomiast, aczkolwiek poważniejszych powikłań nie było, stan był długi czas ciężki, septyczny. — W przypadku tym zwraca jeszcze uwagę rozmieszczenie obu wysypek i również zależnie od okolicy zajętej jedną lub drugą wysypką, — innego charakteru łuszczenie.

Trzy następne przypadki przyjęto na oddział w okresie wylęgania się odry. Dwa z nich omawiać będziemy oddzielnie ze względu, iż zakażenie odrą przyłącza się tu we wcześniejszym okresie płonicy, niż w następującej seryi przypadków, gdzie zakażenie odrą nastąpiło dopiero na oddziale. Trzeci przyjęty już z popłoniczem zapaleniem nerek należy co do okresu do ostatniej kategoryi.

Stanisław P., lat 4, brat Bolesławy P., przyjętej z podwójnem jednoczesnem zakażeniem. Przyjęty 23 października



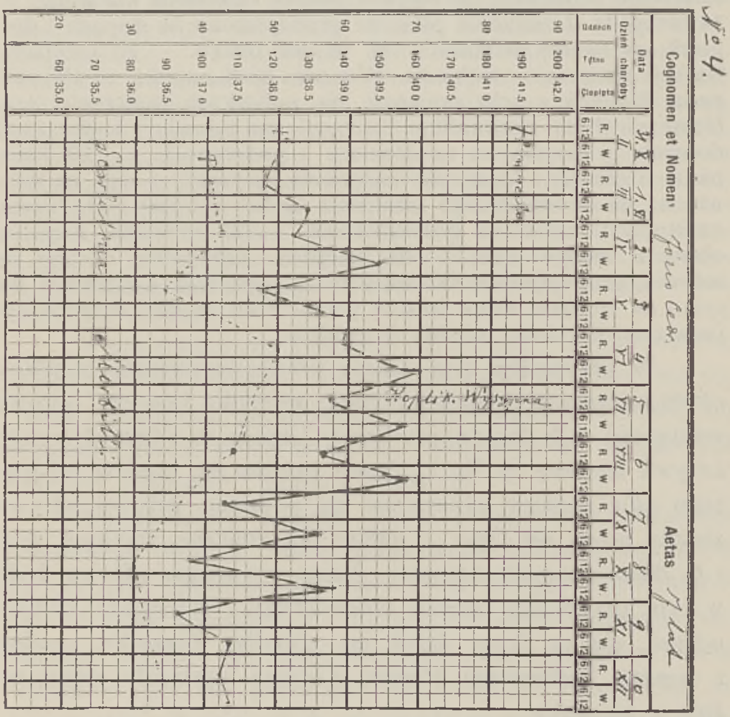
razem z siostrą na 4-ty dzień choroby. Ze względu na możliwość, iż i on mógł się już znajdować w okresie wylęgania odry, umieszczono go nie na sali ogólnej, ale w oddzielnej salce razem z siostrą. Przy przyjęciu dziecko przytomne, samo siedzi, w nocy

spało dobrze, nie sprawia wrażenia ciężko chorego. Ciepłota 38·4°; na szyi, tułowiu, kończynach drobna różowa wysypka płonicza, na kończynach dolnych zlewająca się, kończyny ciepłe. Na klatce piersiowej ślady krzywicy. Gruczoły u kąta żuchwy z lewej strony wielkości dużej fasoli, szyjne tylne, podpachowe i pachwinowe wielkości grochu. Odruchy ścięgniste i skórne zachowane. Spojówki zaczerwienione, naciekłe. Błona śluzowa jamy ustnej zaczerwieniona, plamek Koplika niema, język obłożony, malinowy po brzegach, gardło zaczerwienione, na migdałach kilka czopków, z nosa wycieku brak. Granice serca prawidłowe, tony czyste, tętno 128, równe. W płucach zmian się nie stwierdza. Brzuch wzdęty, nie bolesny. Wątroba i śledziona niemacalne. Dalszy przebieg lekki, na szósty dzień choroby ciepłota 37·5°, wysypka na piersiach i plecach prawie znikła, na dolnych kończynach jeszcze ślady wysypki. Plamek Koplika nie stwierdza się. Stan ogólny dobry. — 28 października. Ósmy dzień choroby. Wysypka zbladła zupełnie, na piersiach drobne łuszczenie, spojówki zaczerwienione; plamek Koplika niema. — 30 października. Obfite drobne łuszczenie na tułowiu i kończynach, ciepłota prawidłowa, plam Koplika brak. — 2 listopada. C. 37·8°, Koplika brak. — 5 listopada. C. 37·5° r a n o, 39·2° w i e c z o r e m. N a b ł o n i e ś l u z o w e j p o l i c z k ó w w y r a ź n e p l a m k i K o p l i k a, k i l k a w y k w i t ó w n a t w a r z y. — 6 listopada. C. 39·8°, tętno 124. Spojówki silnie zaczerwienione, wysypka odrowa na całem ciele, najobfitsza na twarzy. Wybitna wysypka (*enanthema*) na podniebieniu, plamki Koplika. Kaszel, rozlane rzężenia na całej przestrzeni płuc. — 7 listopada. Bardzo obfita wysypka odrowa na całem ciele. — 8 listopada. Wysypka jeszcze się utrzymuje. Łuszczenie płonicze grubopłatowe na dolnych i górnych kończynach. Spojówki jeszcze zaczerwienione. Plamek Koplika już się nie stwierdza. Ciepłota prawidłowa. — 10 listopada. Na dłoniach i stopach łuszczenie całymi płatami. Na plecach, na piersiach, na twarzy łuszczenie otrębiaste. — 19 listopada. Ciepłota prawidłowa. Łuszczenie na tułowiu drobne, bardzo obfite na kończynach, skombinowane drobne i otrębiaste, na stopach i goleniach grubopłatowe. Na tylnej powierzchni stopy bardzo obfite łuszczenie, otrębiaste. — 24 listopada. Ciepłota prawidłowa. Mocz bez zmian. Na kończynach dolnych obfite grubopłatowe łuszczenie, na plecach otrębiaste. — 1 grudnia. Pozostało tylko nieznaczne łuszczenie na stopach; mocz bez zmian. — 8 grudnia po zupełnem ukończeniu łuszczenia wypuszczony do domu zdrów.

Przypadek ten, w którym odra wysypała się na 16. dzień płonicy a 12. dzień pobytu w szpitalu, nie wykazuje żadnych zboczeń od typowego przebiegu obu wysypek, krzywa ciepłoty płonicza i odrowa przedstawiają się raczej

jako skrócone, nie zaś przedłużone, zwracają uwagę wzniesienia ciepłoty w okresie zwiastunowym odry (p. krzywa Nr. 3). W przypadku tym przebieg zarówno płonicy, jak i odry należy uważać za lekki. Charakter wysypki płoniczej i następnie odrowej w niczem nie odstępowały od normy.

Następny przypadek przyjęto również w okresie wylęgania się odry, odra bowiem wystąpiła na szósty dzień pobytu w szpitalu, a na siódmy dzień płonicy.



Józio C., lat 7, przyjęty na oddział płoniczy 31 października 1906 w stanie średniociężkim, przytomny, sam siedzi. Chory od wczoraj, gorączka, wymioty, wieczorem wysypka. Ciepłota 38⁰. Na skórze tułowia i kończyn drobna wysypka różowa. Gruczoły niepowiększone, wielkości grochu. Błona śluzowa nosa i jamy ustnej zaczerwieniona, wydzielina nieznaczna, migdały powiększone, bez nalotów. Granice serca prawidłowe, tony nieco

głuche. Tętno 100. W płucach zmian się nie stwierdza. Brzuch niewzdęty, niebolesny. Wątroba i śledziona niemacalne. — 2 listopada. C. 38·3°. Wysypka zbladła. Gardło zaczerwienione. — 4 listopada. Dziecko więcej osłabione C. 39·0°, wysypka płonicza zbladła. — 5 listopada C. 38·4° w połud. Na twarzy i na tułowiu wyraźna wysypka odrowa. Plamki Koplika na błonie śluzowej policzków. — 6 listopada. Wysypka trochę zbladła. Spojówki zaczerwienione. Kaszel. W płucach rozlane rzężenia. Plamki Koplika jeszcze widoczne. — 8 listopada. Wysypka zbladła prawie zupełnie. Policzki jeszcze zaczerwienione. Plamek Koplika nie widać. — 10 listopada. Na twarzy łuszczenie otrębiaste, na tułowiu jeszcze łuszczenia nie widać. — 14 listopada. Łuszczenie płonicze grubopłatowe na stopach i dłoniach, na twarzy otrębiaste. W moczu białko. — 16 listopada. Na szyi łuszczenie otrębiaste. W moczu białka niema. — 19 listopada. Ropotok z ucha prawego. Na policzkach łuszczenie otrębiaste nieobfite, drobniutkie łuszczenie na tułowiu i kończynach dolnych, grubopłatowe na dłoniach i podeszwach. — 22 listopada. Nieznaczne łuszczenie otrębiaste na twarzy i szyi, na tułowiu na tle drobniutkiego łuszczenia widać również i otrębiaste, na stopach i dłoniach grubopłatowe. — 24 listopada. Ropotok obfity z lewego ucha. — 26 listopada. Łuszczenie drobne na tułowiu, grubopłatowe na stopach. — 1 grudnia. Łuszczenie już tylko na stopach, które jeszcze trwało koło 10 dni; dziecko wypuszczono do domu zdrowe 9 grudnia.

W przypadku tym mamy przedewszystkiem wspólny okres wylęgania się obu wysypek, wysypka bowiem odrowa występuje w 6 dni po płoniczej. Zwraca tu również uwagę krzywa ciepłoty (p. Nr. 4), która zamiast się obniżać od piątego dnia płonicy, przeciwnie się podnosi; krzywa odrowa zbacza nieco od typu z uwagi na znaczne wahania w 5. i 6. dniu wysypki odrowej. Sama wysypka odrowa była w tym przypadku bardzo krótkotrwała. Wystąpiła obficie odrazu, ale na drugi dzień już zbladła. Zjawisko, zgodne z danemi Hukiewicza. Plamki Koplika wystąpiły jednocześnie z wysypką.

W trzecim przypadku, przyjętym w okresie wylęgania odry, wysypka odrowa wystąpiła już w późniejszym okresie przebiegu płonicy, mianowicie w trzecim tygodniu. Dziecko przyjęto z powodu zapalenia nerek popłoniczego 30 października. Janina B. 5 lat, z trwającem jeszcze łuszczeniem na stopach, szyi, obrzękami ogólnymi. Gruczoły nie powiększone. Granice serca prawidłowe. Tony serca głuche, drugi ton nad tętnicą płucną i gło-

wną zaakcentowany. Tętno słabo napełnione 104. Płuca bez zmian. W moczu białko $^1/_2$‰, w osadzie wałeczki ziarniste i szkliste liczne. — 2 listopada tętno 88, napięte, miarowe. Ciepłota 38° C, moczu za całą dobę 500 cm³, białka $^1/_2$‰, obrzęki znikły, ogólny stan lepszy. — 6 listopada. Obrzęków nie stwierdza się nigdzie, dość obfite łuszczenie na całem ciele. Spojówki zaczerwienione, na błonie śluzowej policzków plamki Koplika. Wysypki nie widać. — 7 listopada. Wysypki niema. — 8 listopada. Wysypka odrowa nieznaczna na twarzy, na tułowiu i gdzieniegdzie na kończynach. C. 39 0°. Spojówki mocno zaczerwienione. Plamki Koplika widoczne. W płucach rzężenia suche. — 9 listopada. Wybitna wysypka odrowa na całem ciele. — 10 listopada. Wysypka już zbladła. Plamek Koplika nie widać. Dziecko osłabione. — 14 listopada tętno 100, ciepłota prawidłowa. Łuszczenie otrębiaste na twarzy, na piersiach, na plecach łuszczenie drobniutkie. W moczu ślady białka, badanie drobnowidowe składników chorobowych uie wykrywa. — 19 listopada. Obfite łuszczenie otrębiaste na twarzy, na szyi, na tułowiu, na pośladkach, na kończynach dolnych łuszczenie przeważnie płonicze, gruboplatowe. — 26 listopada. Łuszczenie drobne na tułowiu bardzo nieznaczne, gruboplatowe na stopach, na ukończeniu. — 29 listopada zabrana przez matkę do domu z nieznacznem łuszczeniem na stopach, zdrowa. Mocz bez białka, w osadzie brak wałeczków.

W przypadku tym podnieść należy, jak i w poprzednim, krótkotrwałość wysypki odrowej, powolne wysypywanie się i brak wszelkiego szkodliwego wpływu sprawy odrowej na zapalenie nerek, które w chwili wybuchu odry uległo już znacznej poprawie i takiem pozostało.

Przechodzimy z kolei do 6 przypadków zakażenia mieszanego płonicą i odrą, powstałych wskutek zakażenia na oddziale. Źródłem zakażenia była, jak już wspomniano, dziewczynka Bolesława P., u której zakażenie mieszane rozpoznano dopiero na drugi dzień po przyjęciu, która przeto wieczór i całą noc przeleżała bez wszelkich ostrożności na sali ogólnej. Przyjęta była 23 października. Pierwsze zakażenie 5, następne 6, 2 następne 8, 2 następne 13, 14 listopada. Pierwsze 4 zakażenia do 8 listopada uważać należy bezwarunkowo, jako powstałe ze źródła Bolesławy P. (13 — 15 dni jako okres wylęgania); zakażenia, które wystąpiły 13 i 14 listopada są z innego źródła, przyjęto je bowiem 1 listopada, czyli z Bolesławą P. (23 października) zupełnie

się nie stykały. Natomiast wtedy już było na sali kilkoro dzieci w okresie wylęgania odry, z których jedno (Leopold A.) było w okresie zdrowienia po płonicy i chodziło swobodnie po całej sali, a 5 listopada już miało wysypkę. Mogło więc tu nastąpić zakażenie z tego źródła już pierwszego lub drugiego dnia pobytu na oddziale, czemu nie przeczy okres wylęgania 12—13 dni w obu tych przypadkach. Nie wyłączone jest jednakże, że dzieci te przyszły już na oddział w bardzo wczesnym okresie wylęgania, wkrótce po zakażeniu odrą.

Leopold A., 5 lat. Przyjęty 2 października 1906. Odry nie przechodził. Chory trzeci dzień. Wymioty, ból gardła, gorączka, od wczoraj wysypka. Płonica o przebiegu lekkim, ciepłota nie przekraczała 38·5°, stan ogólny dobry, od 8-go dnia choroby stan bezgorączkowy, przebieg bez żadnych powikłań.— 8 października początek łuszczenia. — 24 października łuszczenie jeszcze na całem ciele. — 2 listopada łuszczenie jeszcze tylko na dłoniach i stopach, — Od 21 października wstawał z łóżka.— 31 października C. 38° w odbytnicy. — 5 listopada t. j. 37-go dnia choroby, a 14-go dnia od przyjęcia na oddział Bolesławy P. (płonica-odra), stwierdzono na błonie śluzowej policzków wyraźne plamki Koplika. — 6 listopada. Wyraźne plamki Koplika, wysypka (*enanthema*) na podniebieniu. Kilka zaledwie wykwitów wysypki odrowej na ciele. Ciepłota 37·8°. — 7 listopada. Wysypka odrowa na twarzy. — 8 listopada. Obfita wysypka na całem ciele, słabo-różowo zabarwiona. Spojówki zaczerwienione; chrypka. Ciepłota 8—9 listopada 39·0°, 10 listopada, t. j. na piąty dzień odry, 37·8°, następnie prawidłowa. — 10 listopada wysypka zbladła, początek łuszczenia otrębiastego na twarzy. Plamek Koplika nie widać.— 16 listopada. Łuszczenie na twarzy prawie znikło, łuszczenie otrębiaste na czole, bardzo skąpe łuszczenie na tułowiu, na stopach i dłoniach łuszczenie płonicze jeszcze trwa. — 22 listopada jeszcze łuszczenie odrowe na plecach i płonicze na stopach. — 25 listopada zabrany przez matkę z resztkami łuszczenia na stopach.

W przypadku tym odra wystąpiła wprawdzie jeszcze w okresie zdrowienia po płonicy, ale już o tyle późnym (37-my dzień), że wpływ wzajemny obu wysypek zauważyć się nie daje. Przebieg odry był równie lekki jak płonicy. Podnieść tylko należy niewyraźność, nikłe zabarwienie wysypki odrowej i przedłużone znacznie łuszczenie, które jeszcze się nie ukończyło w siódmym tygodniu po płonicy, a w trzecim po odrze.

Józef B., 5 lat, przyjęty 27 listopada 1906 z krwotocznem zapaleniem nerek. Odry nie przechodził. Wysypki podobno nie miał, od dwóch tygodni obrzękły, wymiotuje. Stan ogólny dosyć dobry. Obrzęk twarzy, obrzęk moszny. Wyraźne łuszczenie na dłoniach i stopach. Gruczoł szyjny boczny lewy obrzmiały, chełbotanie, zrobiono przecięcie. Tętno 100, dość słabe, granice serca nie powiększone, tony serca głuche. W moczu białko $^3/_4{}^0/_{00}$. Wałeczki ziarniste w osadzie. 6-go dnia pobytu w szpitalu t. j. 3 października kaszel gruby, głośny, szczekający, oddech utrudniony, na migdale prawym nieznaczny nalot, ciepłota wieczorem 38·0°, wystąpiły wciągania, zastrzyknięto surowicę. Wystąpiły wyraźne objawy zwężenia. — 6 października oddech prawidłowy. — 10 października tętno 120, C. 38·3°, z lewej strony koło kąta łopatki przytłumienie, oddech oskrzelowy. — 12 października we wspomnianem miejscu oddech oskzelowy, trzeszczenia, rozrzucone rzężenia w obu płucach. W osadzie moczu ciałka ropne, wałeczki ziarniste i szkliste. — 17-go października. Ciepłota prawidłowa. — 24 października. Objawy w płucach znikły, łuszczenie obfite na całem ciele, białka $^1/_2{}^0/_{00}$. — 6-go listopada. Ciepłota wczoraj wieczorem 40·6°, dziś rano 37·0°; łuszczenie jeszcze na stopach, od trzech dni mocz krwawy. Spojówki zaczerwienione, plamki Koplika na błonie śluzowej policzków. — 8 listopada. Wysypka wystąpiła dopiero dzisiaj przy C. 36·9°, cały przebieg odry bezgorączkowy, wysypka niewyraźna różowa. Plamki Koplika jeszcze widoczne. — 10 listopada. Wysypka dość obfita dnia poprzedniego, dziś już zbladła, plamek Koplika nie widać.— 14 listopada. Łuszczenie otrębiaste na twarzy i plecach. W moczu białka niema. — 19 listopada. Ślady łuszczenia otrębiastego na twarzy i na tułowiu, na podeszwach i dłoniach łuszczenia brak. — 24 listopada. Białka w moczu niema, pod drobnowidem w kilku polach widzenia spotkano zaledwie 1—2 wałeczki. Nieznaczny ropotok z lewego ucha. — 25 listopada zabrany do domu zdrów.

W przypadku tym podnieść należy lekki, bezgorączkowy oprócz zwiastunowego wzniesienia ciepłoty przebieg odry pomimo przebytej krótko przedtem sprawy błoniczej krtani i zapalenia płuc. Powikłania te nader częste po odrze, która w pewnym stopniu usposabia do tych zachorowań, w tym przypadku wystąpiły przed odrą i w niczem na przebieg odry nie wpłynęły, jak również nie wpłynęła przebyta płonica. Z drugiej strony odra nie wpłynęła tu na przedłużenie łuszczenia, ani na zapalenie nerek.

Następne 2 przypadki podam tylko w krótkości, gdyż

wysypanie odry miało tu miejsce już po wypisaniu dzieci ze szpitala. Spostrzeżenia zbierano z ambulatoryum, dokąd się dzieci zgłaszały. Zakażenie nastąpiło niewątpliwie jeszcze na oddziale ze źródła Bolesławy P.

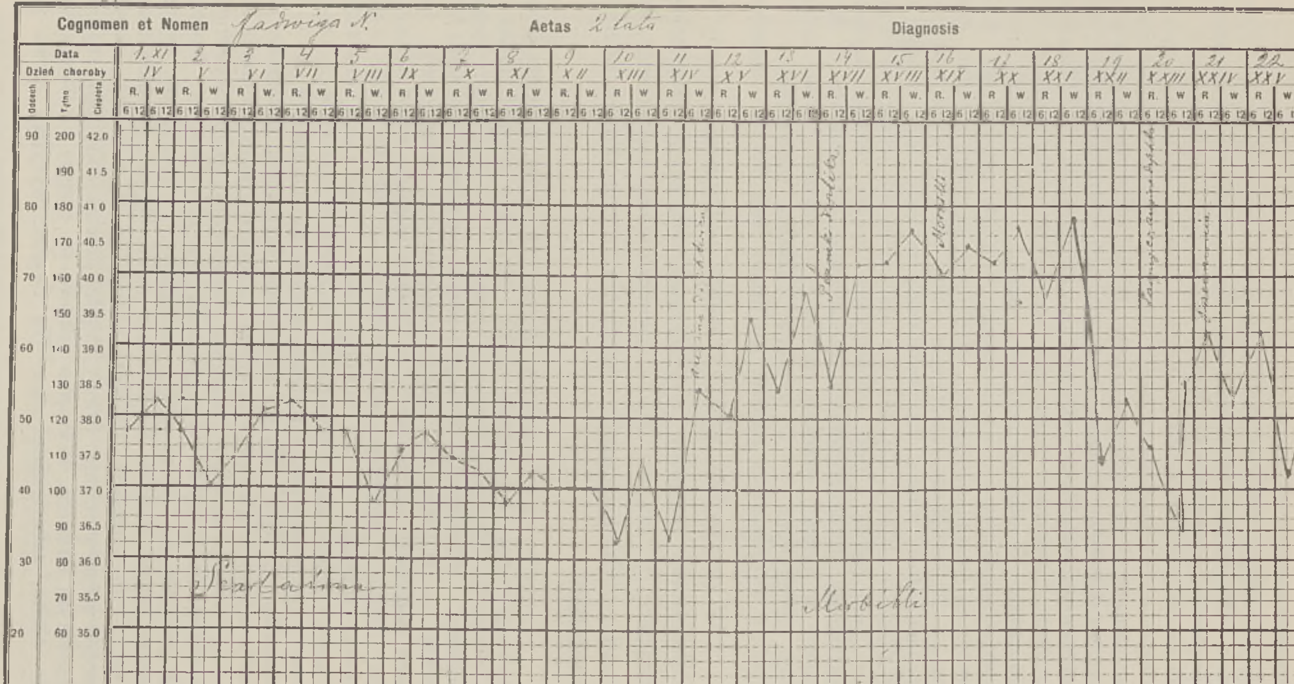
Tadzio T., 1³/₄ lat, przyjęty 18 września. Przebieg płonicy lekki, szóstego dnia spadek ciepłoty, dalszy przebieg bez powikłań, oprócz ropnia na udzie. Charakterystyczny jest dla tego przypadku zupełny prawie brak łuszczenia. Wypisany zdrów, bez śladów łuszczenia 28 października, t. j. w 5 dni po przyjęciu Bolesławy P. — 6 listopada przyniosła go matka do ambulatoryum z gorączką i kaszlem. — 8 listopada. Wysypka odrowa, przebieg średnio ciężki, wyzdrowienie.

Chaim G., 5 lat, przyjęty 26 września z krwotocznem zapaleniem nerek w trzecim tygodniu płonicy, z obfitem łuszczeniem płoniczem, zwłaszcza na stopach i dłoniach. Zabrany 29 października t. j. w 6 dni po przyjęciu Bolesławy P. ze śladami łuszczenia na plecach, ze śladami białka w moczu. — 8 listopada, t. j. w 16 dni od pobytu na sali Bolesławy P., był w ambulatoryum z wysypką odrową, której przebieg był lekki.

Dwa ostatnie przypadki, jak wspominaliśmy, mają niezupełnie pewnie ustalone źródło zakażenia — prawdopodobnie Leopold A.

Jadwiga N., 2 lata, przyjęta 1 listopada 1906. Odry nie przechodziła. Chora czwarty dzień, gorączka, kaszel, od trzech dni wysypka, wymiotów nie miała. Stan ogólny średnio ciężki, ciepłota przy przyjęciu 39·0°. Na szyi, tułowiu i kończynach silnie zabarwiona obfita wysypka płonicza, gruczoły nie powiększone. Błona śluzowa jamy ustnej zaczerwieniona, gardło czerwone. Wydzielina z nosa nieznaczna. Serce, płuca bez zmian. Przebieg płonicy bardzo łagodny, ciepłota nie przekraczała 38°. Ósmego dnia choroby ciepłota prawidłowa. — 8 listopada. Łuszczenie dość obfite na plecach i na kończynach. — 12 listopada stwierdzono nalot na lewym migdale, badanie stwierdza prątki Löfflera (źródło — służąca oddziałowa, która 6 listopada dostała błonicy gardła, pielęgnując odosobnionego w oddzielnym pokoju Juliusza R. — Scarl., diphter). Wstrzyknięto surowicę. — 14-go listopada. Ciepłota się nie obniża. Spojówki zaczerwienione. Plamki Koplika. Wysypka na błonie śluzowej (*enanthema*). — 16 listopada. C. 40°. Wysypka odrowa na twarzy i na tułowiu. Plamki Koplika jeszcze widoczne. Na migdale nalotu niema. — 17 listopada. Wysypka niezbyt obfita, zwłaszcza na twarzy. Plamki Koplika jeszcze widoczne. Na plecach obfite drobne łuszczenie płonicze. — 18 listopada. Wysypka na twarzy obfitsza. T. 39·7°. Chrypka. Zapalenie spojówek. — 19 listopada. Wysypka zbladła, na tułowiu pigmentacya. Cie-

№ 5.



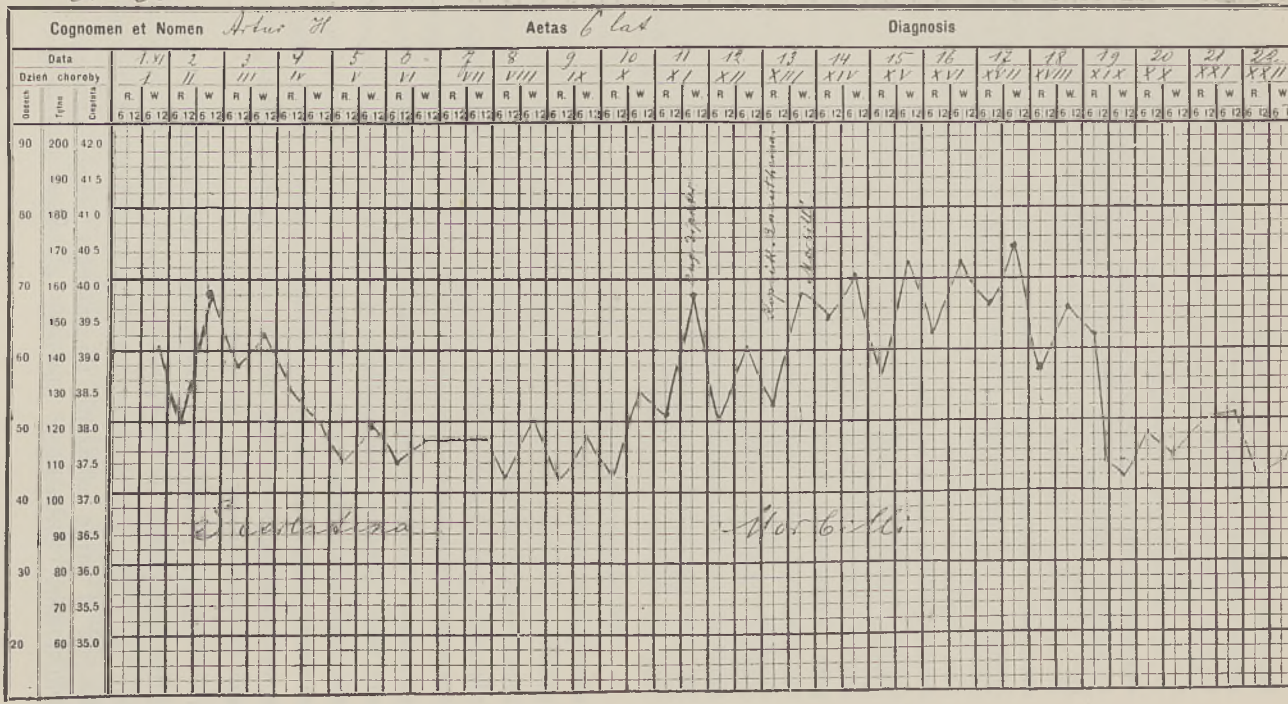
Cognomen et Nomen Jadwiga N.
Aetas 2 lata
Diagnosis
Data
Dzień choroby
Oddech
Tętno
Ciepłota
Szkarlatina
Morbilli

płota spadła z 40·9° do 37·5°. Chrypka powiększa się. — 20 listopada. Na twarzy łuszczenie odrowe, na tułowiu pigmentacye. Spojówki zaczerwienione, kaszel szczekający, chrypka trwa. Na lewym migdale biały nalot (prątki Löfflera). Wstrzyknięto surowicę. — 21 listopada. Gardło bledsze. Kaszel traci charakter szczekający. C. z 36·5° podniosła się do 39·5°. W płucach zmian się nie stwierdza. Łuszczenie na plecach nadzwyczaj obfite, typu mieszanego, otrębiaste odrowe i drobne płonicze. — 22 listopada. C 39·2°. Łuszczenie nieco mniejsze. Wybitna pigmentacya. Gardło czyste. W płucach pod lewą pachą u góry oddech oskrzelowy, trzeszczenia. — 24 listopada. Ciepłota prawidłowa. Łuszczenie na twarzy nieznaczne, otrębiaste, na tułowiu obfite, grubsze. — 26 listopada. Łuszczenie obfite odrowe na tułowiu i kończynach, stopy wolne. Ciepłota waha się cały czas powyżej 38°. W płucach objawy wspomniane utrzymują się jeszcze do 1 grudnia, pod pachą i pod obojczykiem lewym oddech wybitnie oskrzelowy, liczne rzężenia i trzeszczenia. — 6 grudnia. C. 39·1°, zmiany w płucach znacznie mniejsze. Łuszczenie tylko na dolnych kończynach. — 10 grudnia. Ciepłota prawidłowa. — 16 grudnia wypuszczona zdrowa do domu, bez śladów łuszczenia.

W przypadku tym zakażenia potrójnego, mamy do podniesienia powolne wysypywanie się odry, długotrwałą gorączkę (p. krzywą Nr. 5), spowodowaną zapaleniem płuc, i nader obfite łuszczenie, o podwójnym charakterze, odrowo-płoniczym.

Ostatni przypadek: Artur H., 6 lat, przyjęty z wysypką płoniczą 11 listopada 1906. Wysypka niezbyt obfita. — 6 listopada. Wysypka znacznie zbladła. — 7 listopada. Spadek ciepłoty. — 8 listopada. Wysypka znikła, na plecach początki łuszczenia. — 10 listopada. Obfite łuszczenie na całem ciele. Ciepłota podniosła się do 39·0°, na lewym migdale nalot obłoczkowaty (badanie wykazuje prątki Löfflera — źródło wyżej wspomniana służąca). — 13 listopada. C. 38°, stwierdzono plamki Koplika, wysypkę na błonie śluzowej (*enanthema*), pojedyncze drobne wykwity na tułowiu. — 14 listopada. C. 39·5°. Na tle płoniczego łuszczenia oddzielne wykwity wysypki odrowej. Spojówki zaczerwienione. Plamki Koplika, wysypka na błonie śluzowej (*enanthema*) bardzo wybitne.— 16 listopada. C. 39·4°. Wysypka odrowa zlewająca się, łuszczenie płonicze na całem ciele, szczególniej wybitne na twarzy. Gardło czyste. Plamek Koplika nie widać. Ogólne osłabienie znaczne. — 17 listopada. Ciepłota utrzymuje się koło 40° i wyżej. Gardło zaczerwienione. Prawy migdał powiększony, pokryty brudnoszarym nalotem. Wysypka odrowa na twarzy i tułowiu bardzo obfita, zabarwienie sine. Na twarzy wysypka zlewa się.

№ 6.


Cognomen et Nomen Artur H.
Aetas 6 lat
Diagnosis
Data
Dzień choroby
Oddech
Tętno
Ciepłota
R.
W.
6 12 6 12
1.XI 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22.
I II III IV V VI VII VIII IX X XI XII XIII XIV XV XVI XVII XVIII XIX XX XXI XXII
90 80 70 60 50 40 30 20
200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60
42.0 41.5 41.0 40.5 40.0 39.5 39.0 38.5 38.0 37.5 37.0 36.5 36.0 35.5 35.0
Scarlatina
Morbilli

Spojówki zaczerwienione. Światłowstręt. — 18 listopada. Wysypka odrowa, obfita, zwłaszcza na twarzy. Twarz obrzękła. C. 38·9°. Dziecko rozdrażnione, osłabione. Nalot na prawym migdale większy. Badanie drobnowidowe wykazuje liczne prątki wrzecionowate (*bac. fusiform.*). — 19 listopada. Wysypka zbladła, obrzęk twarzy mniejszy. Łuszczenie na twarzy otrębiaste, na tułowiu bardzo obfite mieszane odrowopłonicze, łatwo dające się odróżnić. Na kończynach grubopłatowe łuszczenie płonicze, schodzą całe płaty naskórka. Na szyi obfite łuszczenie otrębiaste. Pigmentacya nieznaczna, głównie w okolicy pośladkowej. — 20 listopada. Pigmentacya poodrowa wybitniejsza. Gruczoły u kąta żuchwy po obu stronach wielkości śliwki. Na obu migdałach rozległe naloty, o powierzchni nierównej. Nadzwyczaj obfite łuszczenie na tylnej powierzahni rąk. — 24 listopada. Migdały oczyszczają się. C. 38·5°—38·9. Gruczoły u kąta żuchwy jeszcze powiększone. Łuszczenie na twarzy o wiele mniejsze, na czole jeszcze dość obfite otrębiaste. — 26 listopada. Łuszczenie na stopach płatowe. Na twarzy obfite łuszczenie otrębiaste koło kątów ust, koło nosa i na policzkach. — 1 grudnia. C. 38·8°, t. 120. Mocz bez białka. Łuszczenie obfite na stopach i dłoniach grubopłatowe, na tułowiu łuszczenie drobne płonicze, na ramionach otrębiaste. — 6 grudnia. Łuszczenie jeszcze trwa na dolnych kończynach. — 14 grudnia. Łuszczenie już tylko na dłoniach. — 16 grudnia. Wypuszczony do domu zdrów.

W przypadku tym przebieg pierwszej wysypki płoniczej był krótki i łagodny. Wysypka odrowa i w tym przypadku wykwitała powoli, natężenie wysypki jednak pomimo, iż na skórze odbywało się jednocześnie obfite łuszczenie płonicze, było bardzo silne, sprawa odrowa oddziałała daleko więcej na stan ogólny dziecka, niż poprzednia sprawa płonicza. Powikłań oprócz wrzodziejącego zapalenia gardła nie było. Zwraca uwagę obfite dwojakiego rodzaju łuszczenie, zwłaszcza długo utrzymujące się, bo koło 13 dni, łuszczenie otrębiaste. Krzywa ciepłoty odrowa jest i dłuższa i wykazuje większe wzniesienia, niż krzywa ciepłoty płonicza (p. krzywą Nr. 6).

Uwagi i wnioski umieściliśmy bezpośrednio po każdym przypadku ze względu, iż jedynie dokładne zapoznanie się z każdym poszczególnym przypadkiem ułatwia wniknięcie w istotę zakażenia mieszanego odrą i płonicą, jak widzieliśmy, polegającą niekiedy na dość subtelnych ce-

chach, i utrwala w czytelniku wrażenie obrazu chorobowego i, co jeszcze główniejsze, wrażenie względnej częstości, co zniewoli w przyszłości do pamiętania o takiej możliwości i baczniejszego spostrzegania podobnych przypadków. — Obecnie wypada nam oprócz tego zestawić dane, wypływające ze spostrzegania naszych przypadków, z danemi innych autorów. Odpowiedzieć nam wypadnie głównie na pytania, — czy przebyta świeżo płonica usposabia do zarażenia się odrą, jak wpływa na przebieg odry, na charakter wysypki, łuszczenie i t. d.

Jak widzieliśmy, Kien twierdzi, iż świeżo przebyta płonica usposabia do zarażenia się odrą; podobny wniosek można wysnuć z jednego przypadku Malinowskiego, w którym dziecko po świeżo przebytej płonicy przebyło odrę po raz wtóry, spostrzeżenie, analogiczne ze spostrzeżeniem Hukiewicza — nawrotu płonicy po odrze. Z naszych przypadków możemy wysnuć w tym względzie pewne wnioski. W czasie panowania odry na oddziale płoniczym, t. j. od 23 października do 29 listopada (doliczam 16 dni do daty wybuchu odry po raz ostatni 13 listopada) przebywało razem na oddziale płoniczym 38, zakażenie odrą na oddziale nastąpiło u 6 dzieci. Z tych 6 dzieci u czworga wywiady stwierdzają wyraźnie, że odry nie przechodziły, — w dwu przypadkach wywiady niepewne. W żadnym przypadku nie stwierdzono, aby dziecko napewno odrę przechodziło przedtem, nie mieliśmy więc ani w 6 zakażeniach wewnątrzszpitalnych, ani w 6 innych — żadnego przypadku nawrotu odry. Ważne będzie zagadnienie, ile z pośród dzieci, które w okresie panowania odry były na oddziale, nie przechodziło jeszcze odry, a jednak odrą się nie zaraziło. Pewne dane co do nieprzechodzenia odry mieliśmy u pięciorga dzieci, u kilku innych brak pewnych danych w wywiadach, nie możemy więc ich brać tu w rachubę; reszta odrę przechodziła poprzednio. Z faktu, iż była pewna liczba dzieci, które odry nie przechodziły poprzednio i nie zaraziły się odrą w tych warunkach, możnaby wnosić, że płonica świeżo

przebyta nie usposabia do zarażenia się odrą; wolimy jednak podać to na razie tylko jako fakt, ograniczający nieco przeciwne twierdzenie niektórych autorów, i raczej kłaść to na karb wczesnego odosobnienia podejrzanych o odrę dzieci z sali ogólnej.

Co do wpływu przebytej płonicy na przebieg odry następczej, to rozróżniać należy przypadki jednoczesnego przebiegu obu wysypek i przyłączenia się odry we wcześniejszym okresie płonicy — i przyłączenia się odry w późniejszym jej okresie. Z pierwszej kategoryi mieliśmy 3 przypadki. Z tych zejście śmiertelne w jednym (33,3%); z drugiej kategoryi 6 przypadków, żadnego zejścia śmiertelnego; z trzeciej kategoryi 3 przypadki, również bez zejścia śmiertelnego. Jeżeli obliczymy śmiertelność na wszystkie spostrzegane przypadki, wypadnie ona — 8,3%. W tym samym czasie t. j. w październiku i listopadzie, z ogólnej liczby przyjętych 82 dzieci, zmarło 28, t. j. 34,1%; ogólna odsetka śmiertelności z płonicy w szpitalu w r. 1906 była na 319 przypadków 78, t. j. 24,4%. Z tego zestawienia widać w każdym razie, że odra nie ma tak niebezpiecznego wpływu na przebieg płonicy, jak to twierdzą niektórzy z wyżej wymienionych autorów. — Jaki wpływ wywiera odra następcza w sprawie powikłań? — W przypadkach naszych nie zwraca uwagi obfitość powikłań, na 12 bowiem przypadków spotkaliśmy: zapalenie ucha środkowego 2 razy (16,6%), zgorzel skóry 1 (8%), zapalenie gruczołów chłonnych 1 (8%), zapalenie oskrzeli i płuc odoskrzelowe 2 (16,6%), zapalenie płuc krupowe 1 (8%), odmę podskórną 1 (8%), błonicę gardła 2 (16%), zapalenie jelit 1 (8%), Angina Vincenti 1 (8%). Jeżeli porównamy te dane z liczbą powikłań płonicy na oddziale w r. 1906, to się okaże: na 340 dzieci zapalenie uszu wystąpiło 48 razy (14%), zapalenie płuc 17 (5%), błonica 24 (7%).

Jak widzimy zapalenie ucha środkowego, powikłanie, właściwe zarówno odrze, jak płonicy, wykazuje nieznaczną tylko zwyżkę w przypadkach płonicy i odry. Z innych po-

wikłań częściej znacznie spotykamy zajęcia oskrzeli i płuc. Pozornie zwiększona odsetka błonicy gardła nie może iść na karb zwiększonej wrażliwości przez przyłączenie się odry, gdyż wystąpiła tu błonica jeszcze przed wybuchem odry. — Oprócz śmiertelności i powikłań uwzględnić musimy sam stan ogólny chorych, dotkniętych obu wysypkami. Otóż w 3 przypadkach jednoczesnego przebiegu obu wysypek — w 2 stan ogólny był ciężki, septyczny, w trzecim, jak już zaznaczyliśmy, był bardzo długi okres gorączkowy pomimo braku powikłań. Z innych przypadków ciężki długotrwały przebieg mamy tylko w jednym (Jadwiga N.), wywołany oprócz zapalenia płuc i jakimś bliżej nieokreślonym stanem septycznym. Wpływ przyłączającej się odry na krzywą ciepłoty — widoczny jest z załączonych tablic; widzimy tu przedłużony okres gorączkowy na krzywej Nr. 1. Zwraca uwagę prawie bezgorączkowy przebieg wysypki w przypadku Leopold A. W innym przypadku (Stanisław P.) widzimy jakgdyby skrócenie obu krzywych. — Charakterystyczną jest krzywa Nr. 4, gdzie krzywa płonicza, nie spadając, zlewa się bezpośrednio z krzywą odrową.

Co do charakteru wysypki, rozróżniać należy również przypadki o jednoczesnym przebiegu obu wysypek od innych. Z trzech naszych przypadków tej kategoryi — w pierwszym (Bol. P.) wysypka miała typ płoniczej, w niektórych miejscach na tułowiu widać było przerwy pomiędzy oddzielnymi większymi (wielkości prawie dłoni) wykwitami. W drugim przypadku świeżo przebyta wysypka płonicza wpłynęła o tyle, że wysypka odrowa, aczkolwiek charakterystyczna, była dość skąpa. W trzecim przypadku (Eug. T.) mieliśmy zachowany typ każdej z wysypek, tylko każda z nich zajmowała różne okolice skóry, np. na twarzy i piersiach przeważała wybitnie wysypka odrowa, na plecach zaś i na udach widoczna była prawie wyłącznie wysypka drobnopunkcikowata płonicza i na tem tle tylko bardzo nieliczne wykwity wysypki odrowej. Wysypka odrowa znikła

wcześniej o jeden dzień, niż płonicza. Pozostały wyraźne pigmentacye.

W przypadkach przyłączenia się odry już po zniknięciu wysypki płoniczej podnieść należy przedewszystkiem zauważone w kilku przypadkach powolne wysypywanie się odry, trwające nieraz 3—4 dni od zjawienia się pierwszych wykwitów, potem wysypka w niektórych przypadkach wykwitała obficie, ale na krótko, na drugi dzień już znikała, w innych wogóle była cały czas niewyraźną, skąpą. Natężenie łuszczenia płoniczego nie miało w tym wypadku rozstrzygającego znaczenia, w niektórych przypadkach pomimo bardzo obfitego łuszczenia płoniczego wysypka odrowa była obfita i silnie zabarwiona (Artur H.), w innych przy takiem samem łuszczeniu wysypka była niewyraźna.

Łuszczenie w większości przypadków było obfitsze, niż w przypadkach czystej płonicy; łuszczenie odrowe otrębiaste nie trwało zwykle dłużej, niż 10 dni, bywało jednak również znacznie obfitsze, niż łuszczenie wyłącznie poodrowe. Dwa te różne typy łuszczenia dawały się łatwo zauważyć: na twarzy przeważało łuszczenie odrowe, na tułowiu oba typy łuszczenia bywały dość wybitne, pozostawało dłużej łuszczenie drobniutkie płonicze i trwało znacznie dłużej, niż zwykłe łuszczenie płonicze na tułowiu. Na kończynach przeważało wybitnie łuszczenie płonicze grubopłatowe, w niektórych tylko przypadkach na tyłach stóp i dłoni zauważyć było można obfite łuszczenie otrębiaste. Obie wysypki wpływały jakgdyby wzajemnie na wzmożenie łuszczenia po każdej z nich, nawet gdy łuszczenie po jednej z nich było już ukończone. W jednym przypadku np. (Leopold A.), gdzie odra wystąpiła 37-go dnia od początku płonicy, gdy łuszczenie płonicze było już zupełnie ukończone — oprócz resztek łuszczenia na stopach i dłoniach, łuszczenie poodrowe trwało znacznie dłużej na tułowiu, niż zwykle. Mianowicie jeszcze było dość znaczne koło dwudziestego dnia od początku odry, z drugiej strony łuszczenie na stopach i dłoniach, które przed odrą już prawie było na ukończe-

niu, trwało jeszcze całe trzy tygodnie od tej chwili. Czy jednak na zasadzie tylko łuszczenia można rozpoznać *a posteriori* podwójne zakażenie odrą i płonicą? Zależy to naturalnie przedewszystkiem od wcześniejszego lub późniejszego okresu. We wszystkich naszych przypadkach przed upływem 12 dni po odrze można było jeszcze łatwo rozpoznać dwa typy łuszczenia. Pomimo to rozpoznawanie na zasadzie łuszczenia byłoby dość trudne i zawodne, ze względu, iż łuszczenie popłonicze, zależnie widocznie od właściwości skóry danego osobnika, bywa również niekiedy typu mieszanego, jak o tem między innemi świadczy następujący przypadek, spostrzegany w okresie panowania odry na oddziale, od 10 do 20 listopada 1906 r.

Robert F., 8 lat, odrę przechodził podobno w wieku $^3/_4$ r. Obecnie chory od 4 dni, wysypka drugi dzień, częste wymioty Stan ogólny ciężki. Na tułowiu i na kończynach bardzo obfita wysypka płonicza z sinawym odcieniem. Gruczoły szyjne powiększone. Gardło zaczerwienione, na obu migdałach rozległe szarawe naloty. Obfity wyciek śluzoworopny z nosa Badanie nalotu co do prątków Löfflera ujemne. W dalszym przebiegu stan ciężki, ropotok z ucha już trzeciego dnia pobytu w szpitalu. Naloty się utrzymują. Cuchnienie i obfita wydzielina z ust. Wysypka jeszcze wybitna 14 listopada, t. j. 8-go dnia choroby; ciepłota cały czas koło 40°. — 16 listopada. 10-ty dzień choroby. Stan ogólny nieco lepszy. Naloty i wydzielina z ust i z nosa ograniczają się Łuszczenie obfite na całem ciele, zwłaszcza na tułowiu, a tu szczególniej na plecach. Łuszczenie to bardzo przypomina łuszczenie otrębiaste po odrowe koło kręgosłupa naskórek schodzi na całej przestrzeni, sprawia wrażenie, jak gdyby był popękany wszędzie. Na wewnętrznej stronie uda łuszczenie o tyle podobne do otrębiastego, że naskórek jest tu również popękany i składa się z oddzielnych jakby naklejonych kawałków, ale te są znacznie większe, niż przy łuszczeniu otrębiastem podorowem.

W dalszym przebiegu stan ciężki, wysięk septyczny z nosa, z jamy ustnej, ciepłota powyżej 40°. — 20 listopada, t. j. na 14-ty tydzień choroby, a 10-ty pobytu w szpitalu, zejście śmiertelne.

W przypadku tym na podstawie łuszczenia możnaby prawie napewno przypuszczać istnienie podwójnego zaka-

żenia. Pomijając już jednak dane z wywiadów, że dziecko przechodziło odrę, brak nam tu innych danych. Wysypka nie miała jakiegoś mieszanego typu, powikłanie zapaleniem ucha środkowego, jakie dość szybko, bo już na 7-my dzień choroby wystąpiło, można odnosić zarówno do odry, jak i do płonicy. Ważną w tym względzie jest okoliczność, że pomimo, iż dziecko leżało całe 10 dni na sali ogólnej, nie było z tego źródła żadnego zarażenia się odrą, a więc prawdopodobnie mieliśmy tu jedynie wysypkę płoniczą.

Wielce pomocne przy rozpoznaniu podwójnego charakteru wysypki jest stwierdzenie obecności plamek Koplika. W trzech naszych przypadkach zakażenia jednoczesnego plamki Koplika były obecne. W pierwszym przypadku (Bolesława P.) jedynie obecność plamek Koplika naprowadziła nas na myśl o możliwości zakażenia podwójnego W innych przypadkach odry następczej po płonicy plamki Koplika były we wszystkich obecne, w większości przypadków widoczne były na 1—3 dni przed wystąpieniem wysypki, w 2 przypadkach wystąpiły jednocześnie z wysypką. Czas trwania ich był zwykle 2—3 dni. Z powodu późnego zjawienia się w niektórych przypadkach nie mogły plamki Koplika przyczynić się do dość wczesnego odosobnienia odpowiednich przypadków.

Dokładne zapoznanie się z obrazem podwójnego zakażenia odrą i płonicą zarówno podczas wysypki, jak i w okresie łuszczenia, ma wielkie znaczenie nietylko w szpitalnictwie dziecięcem, gdzie nierozpoznanie tej sprawy wywołać może endemie wewnątrzszpitalne, ale również i w stosunkach szkolnych, a przez to i wogóle dla zapobiegania tym dwu chorobom zakaźnym. Nierozpoznanie dodatkowego zakażenia płonicą może się stać w okresie łuszczenia, gdy, jak to często w przebiegu odry bywa, dziecko dość prędko usuwa się z pod obserwacyi lekarskiej, źródłem wielu zakażeń płonicą, jeżeli dziecko w 2—3 tygodni od początku odry zaczyna się już spotykać z innemi, a nawet uczęszczać do szkoły, mając np. nieznaczne łuszczenie na dłoniach.

Dlatego też pamiętanie o możliwości podwójnego zakażenia odrą i płonicą może w wielu przypadkach uchronić od brzemiennych w następstwa omyłek.

Piśmiennictwo.

Steiner. Jahrb. f. Kinderheilk. 1868. Str. 432. Tom I. (Neue Folge).

Monti. Jahrb. f. Kinderheilk. Tom I. (Neue Folge).

Johannessen. Die epidemische Verbreitung des Scharlachfiebers in Norwegen. 1884.

Grancher. Gazette des hôpitaux. 1885. Nr. 115.

Heubner. Lehrbuch der Kinderheilkunde. 1903.

Henoch. Vorlesungen über Kinderkrankheiten. 1897.

A. Malinowski. Kilka przypadków wzajemnych powikłań wysypek ostrych u dzieci. Gazeta lekarska 1882.

L. Wolberg. Szkarlatyna i ospa jednocześnie u tegoż dziecka. Gazeta lekarska 1882.

W. Skowroński. O jednoczesnem wystąpieniu dwóch ostrych osutek. Przegląd lekarski 1877. Str. 287, 316.

B. Chrostowski. Przypadek szkarlatyny i ospy razem przebiegającej. Gazeta lekarska 1881.

Perkal. Parotitis epid. et scarlatina. Gazeta lekarska 1897. Nr. 26.

K. Ciągliński. W kwestyi zakażeń mieszanych. Gazeta lekarska 1891. Str. 732.

J. Kramsztyk. Epidemia różyczki i odry w bezpośredniem po sobie następstwie i t. d. Przegląd lekarski 1891. Str. 625, 637.

Pospischill. Ueber Rubeolae u. Doppelexantheme. Jahrb. f. Kinderheilk. Tom 59, str. 723.

Claus. Masern nach Scharlach. Jahrb. f. Kinderheilk. 1894, str. 55.

Caiger. The Lancet 1894.

Hase. Jahrb. f. Kinderheilk. Tom 39, str. 62.

Rolly. Ueber das gleichzeitige Zusammentreffen von Scharlach und Masern et caet. Jahrb. f. Kinderheilk. Tom 50, str. 401.

Lange. Jahrb. f. Kinderheilk. Tom 42, str. 35. — Ein Fall von gleichzeitiger Infection von Scharlach u. Masern.

Döbbert. Die Scharlachendemie auf der Masernstation. Jahrb. f. Kinderheilk. Tom 57, str. 215.

Flesch. Berliner klin. Wochenschr. 1890, Nr. 46.

G. Kien. Jahrb. f. Kinderheilk. Tom 65. Zesz. 2.

Tiktin-Hausman. Jahrb. f. Kinderheilk. Tom 67, 1908.

Hukiewicz. Ueber Masern-Scharlachfälle. Jahrb. f. Kinderheilk. Tom 59, str. 636.

Risel. Masernerkrankungen nach Scharlach. Jahrb. f. Kinderheilk. Tom 62, str. 50.

Lereboullet. Progrès medic. Nr. 24. 1908 (refer. Wien. klin Woch. Nr. 39, 1908).

Ze szpitala Anny Maryi dla dzieci w Łodzi. Z oddziału dr. J. Brudzińskiego lekarza naczelnego szpitala.

O plamach niebieskich w okolicy krzyża, znanych pod nazwą plam mongolskich

podał

dr. Wacław Jasiński

lekarz intern szpitala.

Baelz[1]) po raz pierwszy (w r. 1885) zwrócił uwagę na plamy niebieskie w okolicy kości krzyżowej, spotykane u większości noworodków japońskich i znikające bez śladu w ciągu pierwszych miesięcy lub pierwszych 2 lat życia. Plamy te, zależne, jak wykazały badania histologiczne, od nagromadzenia barwika w głębszych warstwach skóry (corium), Bälz uwydatnił jako właściwość rasy mongolskiej i określił mianem plam mongolskich (Mongolenfleck). Dalsze poszukiwania wykazały, że plamy podobne spostrzegał już w wieku XVIII misyonarz duński Sàabye wśród eskimów w Grenlandyi, następnie zaś plamy niebieskie znaleziono u noworodków różnych narodów rasy mongolskiej, jako też u Malajczyków, Samoańczyków, mieszkańców Jawy, Indyan kanadyjskich, wreszcie (w roku ubiegłym) u dzieci murzynów. Podobne, lecz żywiej zabarwione i bardziej rozległe plamy, stwierdzono wreszcie u małp. Bloch[2]) (1901) wypowiedział też przypuszczenie, że plamy te są objawem atawizmu.

Badania statystyczne wykazały, iż wśród Japończyków plamy niebieskie dają się spostrzegać: w 1-ym roku życia u 89% badanych, w 2-im i 3-im roku u 79%, u dzieci do lat 8 w 19%, jeszcze rzadziej u dorosłych (Chemin). Ma-

tignon spostrzegał plamy niebieskie u dzieci chińskich w pierwszych dwu latach życia w 97%, po 4 latach u 10—12% badanych. Brennemann(4) wreszcie (w r. 1907) znajdował plamy niebieskie u 90% negrów amerykańskich w 1-ym roku życia.

Dokładny opis plam mongolskich, wraz z wyczerpującemi badaniami histologicznemi podał Grimm(5) w pracy, poświęconej barwikom skóry. Typową siedzibą plam mongolskich jest okolica kości krzyżowej, mogą one jednak — według Grimma — zajmować znaczną część grzbietu aż do łopatek; Epstein widywał plamy niebieskie najczęściej na pośladkach; inni badacze znajdowali poza typowemi plamami w okolicy krzyża, plamy niebieskie na łopatkach, w pachwinach, w okolicy opaski barkowej i na wyprostnych powierzchniach kończyn, wreszcie najrzadziej na twarzy; zauważono przytem, że te ostatnie nie giną podobnie szybko, jak plamy w okolicy krzyżowej, lecz pozostają czasami na całe życie. Nie spotykano plam niebieskich na brzuchu i na powierzchniach wewnętrznych kończyn. Postać i wymiary plam ulegają znacznym wahaniom, podobnie jak ilość plam u jednego osobnika: znajdowano plamy od wielkości ziarnka grochu do szerokości dłoni, okrągłe i jajowate, podłużne lub o zarysach nieprawidłowych, z licznemi wypustkami; niekiedy plamy niebieskie sadowią się symetrycznie, często obok większej plamy spostrzegano kilka mniejszych; u murzynów widywano zazwyczaj po kilka plam u jednego osobnika. Barwa plam jest niebieskawa z odcieniem szarym (gris bleuâtre, schieffergrau) bez połysku; w okolicach, gdzie skóra jest bardziej napięta, plamy niebieskie mają barwę żywszą. Zarysy plam nie odgraniczają się jaskrawo od normalnie zabarwionej skóry. Naskórek w okolicy plam jest gładki, nadmiernego porostu włosów w okolicy plam nie bywa, zarówno jak nie stwierdzono żadnego wzniesienia skóry, ani rozszerzenia naczyń. Ucisk nie wpływa wcale na zmianę barwy plam.

Badania histologiczne wykazały w głębokich warstwach

skóry duże wrzecionowate lub gwiazdkowate komórki, wypełnione barwikiem; Grimm stwierdzał obecność tych komórek u płodów od 4-go miesiąca życia płodowego.

Rozpoznanie plam mongolskich jest łatwe, dzięki ich swoistej barwie.

Epstein w rozpoznaniu różniczkowem zwraca uwagę przedewszystkiem na wybroczyny już w r. 1876 opisał on mianowicie plamy niebieskie w okolicy krzyża, jako skutek wynaczynień pochodzenia urazowego u dzieci ze skłonnością krwotoczną (hemophilia acquisita neonatorum); plamy te barwą swą przypominają zupełnie plamy mongolskie, dalsze spostrzeganie jednak wkrótce wyjaśnia pochodzenie plam, gdyż wynaczynienia szybko zmieniają swą barwę. Podobnież odleżyny w okresie początkowym, przypominać mogą barwą plamy niebieskie i tu jednak zmiany następcze wkrótce wyjaśniają rozpoznanie. Najtrudniej bywa odróżnić od plam mongolskich naczyniaki: rozszerzenie naczyń włosowatych w powierzchownej części warstwy brodawkowej nadaje niekiedy skórze barwę stalowo-siną lub bladoniebieskawą, przypominającą plamy mongolskie; dokładne jednak badanie wykazuje zwykle w okolicy podobnej plamy rozszerzone naczyńka, czego nie stwierdza się w przypadkach plam mongolskich; przy dłuższem zaś spostrzeganiu, rozpoznanie zostaje utrwalone, gdyż szybki wzrost naczyniaków i wzniesienie skóry, pozwalają odróżnić je łatwo od plam mongolskich.

Znamię naczyniowe wrodzone w postaci t. zw. płomienia (naevus flammeus), usadowione często w okolicy lędźwiowej i krzyżowej i nie rozwijające się również od chwili urodzenia (Billroth), różni się od plam mongolskich zarówno barwą, jak zgrubieniem skóry, przerostem włosów i gruczołów skórnych.

Znaczenie kliniczne plam mongolskich polega właściwie na odróżnieniu ich od naczyniaków; uwydatnił to Fujisawa ([6]), podając opis przypadku lekarza japońskiego Tashiro, który poddał operacyi córkę swoją, z powodu plamy

niebieskiej na czole, wziętej prawdopodobnie za rozszerzenie naczyń włosowatych; u tego samego dziecka stwierdzono jednak kilka podobnych plam niebieskich w innych miejscach ciała i plamy te znikły same przez się, operacya więc w danym przypadku była zdaniem Fujisawy zbyteczna, a właściwe rozpoznanie plam mongolskich zapobiegłoby omyłce. Epstein(7), podkreślając również znaczenie kliniczne właściwego rozpoznania plam mongolskich, nadmienia jednak, że w stosunku do plam na twarzy, brak dotąd badań histologicznych, któreby wykazały tożsamość tych plam z typowemi plamami w okolicy kości krzyżowej, trudno więc ręczyć, czy plamka na czole w przypadku Tashiro nie rozszerzyłaby się z czasem, jako istotny naczyniak. Inni badacze nie przypisują zresztą plamom mongolskim żadnego znaczenia klinicznego, uważając je tylko bądź za właściwość rasową, bądź też za objaw szczątkowy. Rzecznikiem pierwszego poglądu jest Bälz, który zarówno w pierwotnym opisie plam, jakoteż w późniejszej pracy (w r. 1902) dowodzi, iż plamy niebieskie właściwe są ludom azyatyckim. Poglądy Bälza zbija Japończyk Adachi:(3) badania histologiczne, dokonane przez niego (w pracowni Schwalbego, w Strassburgu) wykazały, iż w głębokich warstwach skóry u dzieci rasy białej, stwierdzić można te same duże komórki barwikowe, jakie Bälz i Grimm opisywali u Japończyków: Adachi znalazł podobne komórki w 10 przypadkach na 24 badanych zwłokach dzieci białych (w wieku do $2^1/_2$ lat), w 4 przypadkach przytem stwierdził te komórki również w skórze okolicy pośladków; zdaniem więc Adachiego plamy niebieskie nie są właściwością żadnej rasy, lecz raczej objawem szczątkowym. Badania swoje poparł Adachi(8) wkrótce spostrzeżeniem klinicznem, opisując (w r. 1903) pierwszy przypadek plam niebieskich, spostrzegany u dziecka europejskiego w poliklinice prof. Seitza w Monachium. Fujisawa badał przez czas dłuższy wszystkie dzieci we wspomnianej poliklinice i zauważył, iż plamy niebieskie u dzieci białych są zjawi-

skiem nawet dość częstem, udało mu się bowiem widywać je w stosunku 1:50 dzieci (szczegółowych danych liczbowych Fujisawa nie podaje), sądzi więc, że »uważni klinicyści« również często stwierdzać je będą.

Wkrótce po ogłoszeniu pracy Fujisawy rozpoczął odnośne badania Epstein w domu wychowawczym w Pradze (1906). Badania jego potwierdziły wnioski Adachiego i Fujisawy co do możliwości spostrzegania plam niebieskich u dzieci europejskich, Epstein jednak widział te plamy znacznie rzadziej, niż to określa Fujisawa, bo zaledwie 4 razy na 2.400 dzieci (1:600).

Na zasadzie swych badań popiera Epstein pierwotny pogląd Bälza, stawiając plamy niebieskie na równi z innemi właściwościami rasy mongolskiej (skośne oczy, epicanthus, płaski nos itp.), widywanemi wyjątkowo i u dzieci białych.

W roku 1907 ukazały się nowe przyczynki w sprawie plam niebieskich: Menabuoni(9) (z kliniki prof. Myasa we Florencyi) ogłosił pierwszy stwierdzony we Włoszech przypadek plam niebieskich u 7-miesięcznego dziecka, z rodziny dawno zamieszkałej w Palermo. W przypadku tym spostrzegano 6 plam niebieskich różnej wielkości u jednego osobnika. Menabuoni wypowiada się w swej pracy za poglądem Bälza i Epsteina, że plamy niebieskie, spotykane wśród dzieci europejskich nader rzadko, powinny być uważane za właściwość rasy mongolskiej. Wręcz przeciwnego zdania są badacze angielscy: Brennemann i Hermann. Brennemann(4), który, jak wspomniano, badał specyalnie dzieci murzynów, odrzuca stanowczo znaczenie tych plam, jako właściwości rasy mongolskiej, popierając natomiast całkowicie pogląd Adachiego. Hermann(10) badał zarówno dzieci murzyńskie, jak białe — u pierwszych stwierdził plamy niebieskie w 25% przypadków, u dzieci białych widział je zaś 6 razy na 2.000 badanych (1:333), z tych w pięciu przypadkach u dzieci Rosyan, jeden raz u Włocha.

Do opisanych dotychczas przypadków plam mongolskich u osobników rasy białej, dodać możemy 3 nowe; 2 spostrzegaliśmy u dzieci na oddziale i w ambulatoryum szpitala Anny Maryi, trzeci u ojca leczonych w szpitalu dzieci, wszystkie trzy u żydów.

1. Lejba K., 1 r. 8 m.; rodzina i rodzice dziecka oddawna zamieszkali w Królestwie, oboje rodzice bruneci. Dziecko o śniadej cerze, czoło nizkie, zarośnięte; włosy czarne, brwi gęste, łączą się ze sobą, długie czarne rzęsy. Oczy ciemne, nos u podstawy płaski. Nad prawym pośladkiem plama barwy szarawo-niebieskiej, matowa, nie wzniesiona i nie odcinająca się wyraźnie od normalnie zabarwionej skóry. Plama przy ucisku nie zmienia barwy, ma postać okrągławą, średnica jej wynosi 0,5 ctm. Na lewej łopatce, w okolicy kąta zewnętrznego w części dolnej plamka barwy żywo-niebieskiej, wielkości ziarnka grochu, nie wzniesiona, lecz odcinająca się dość wyraźnie; w okolicy plamy nie stwierdza się rozszerzenia naczyń powierzchownych skóry, naskórek w miejscu zabarwionem nie zgrubiały, fałduje się normalnie. Wreszcie pod pachą lewą na l. środkowej w 5-em międzyżebrzu podłużna plama (0,3 $\times$ 0,8 ctm.), barwy szaro-niebieskiej, podobna zupełnie do plamy w okolicy krzyża. Rodzice dziecka nie zwracali uwagi na opisane plamy; trwają one podobno bez zmiany od urodzenia dziecka. U 10-miesięcznej siostry dziecka plam podobnych nie stwierdzono; plamy w ciągu obserwacyi szpitalnej nie uległy zmianie, w 3 miesiące później zauważono, iż plamy stały się bardziej szare, co uwydatniło się najwyraźniej na dużej plamie pod pachą, natomiast plamka niebieska na łopatce barwy nie zmienia.

2. Wulf R., $1\,^1/_2$ r. (spostrzeżenie z ambulatoryum). Rodzina dziecka zamieszkała oddawna w okolicy Łodzi. Matka blondynka. Dziecko normalnie rozwinięte, typ wybitnie semicki. Barwa skóry śniado-żółta, włosy ciemne, oczy nieco skośne, nos u podstawy szeroki. W okolicy kości krzyżowej duża plama, długości 5, szerokości do 3 ctm., barwy nie-

bieskawej, matowa, nie odgraniczona wyraźnie od normalnie zabarwionej skóry. Dolny brzeg plamy ginie w fałdzie międzypośladkowej. Plamę zauważono wkrótce po urodzeniu. Przy powtórnem badaniu dziecka (w 10 dni później) żadnej zmiany w zabarwieniu plamy nie stwierdzono.

3. I. J. Cuk. l. 35, ojciec 3 leczonych w szpitalu dzieci. Rodzina pochodzi z okolic Radomia. Blondyn, typ wyraźnie semicki. Nad brwią prawą plamka, wielkości ziarnka grochu, barwy niebieskiej, nie zmieniającej się po ucisku; w okolicy plamki nie stwierdza się rozszerzenia naczyń, ani zgrubienia naskórka. Plamka, zauważona od urodzenia, nie uległa żadnej zmianie co do wielkości i barwy. U dzieci p. C. (w wieku 5, 7 i 10 lat) plam niebieskich nie stwierdziliśmy.

Podane przypadki należą do dość wybitnych okazów plam niebieskich: w pierwszym zwraca uwagę obecność trzech plam u jednego osobnika, co — jak zaznacza w pracy swej Hermann, u białych rzadko spostrzegać się daje; ciekawem jest również, iż plamka najmniejsza (na łopatce) zachowała najdłużej żywą barwę niebieską, gdy dwie inne zbladły wyraźnie w ciągu obserwacyi (dziecko kończy 2-gi rok życia).

W drugim przypadku typowa plama niebieska odznacza się tylko dużymi wymiarami; do najrzadszych zaś należy przypadek trzeci z usadowieniem się plamki na twarzy. Plamy podobne, jak wspomniano, tem się różnią od typowych, że pozostają często na całe życie, spotykane więc bywają u dorosłych. Brak badań histologicznych w tym przypadku nie pozwala nam usunąć z zupełną stanowczością wątpliwości Epsteina, który plamy na twarzy pragnie raczej uważać za naczyniaki; ponieważ jednak dokładne spostrzeganie nie uwydatniło w naszym przypadku żadnego rozszerzenia naczyń i plamka w ciągu 35 lat zachowała bardzo nieznaczne wymiary, skłaniamy się raczej do poglądu, iż plamy niebieskie na twarzy mogą być tegoż pochodzenia, co typowe plamy w okolicy kości krzyżowej.

Wniosek co do częstości spostrzegania u nas plam

niebieskich na zasadzie spostrzeżeń naszych, nie będzie ścisły, materyał nasz bowiem co do wieku przedstawia się niejednolicie; w okresie 9-miesięcznym (od lipca 1907 do kwietnia 1908), kiedy na plamy mongolskie baczną zwracaliśmy uwagę, przyjęliśmy (w szpitalu i w ambulatoryum) 5.810 dzieci, z których około 3.000 przypadało na dzieci w pierwszych 2 latach życia; dwa przypadki plam niebieskich, jakie z pośród tego materyału udało nam się dostrzedz, nie pozwalają nam przeto stwierdzić tej częstości plam niebieskich u dzieci białych, jaką oznaczył Fujisawa. Dokładniejsze i pewniejsze określenie częstości plam niebieskich u nas możliwe będzie na oddziałach dla niemowląt.

Piśmiennictwo.

* 1. Bälz. Die körperlichen Eigenschaften der Japaner, (Mitt. d. Deutschen Ges. f. Natur u. Völkerkunde Ostasiens T. IV, 1885).

* 2. Bloch Preuves ataviques de la transformation des races. (Bulletins de la soc. d'anthropol. de Paris V. Série, T. II, str. 618, 1901).

* 3. Adachi. Hautpigment beim Menschen u. bei den Affen. (Zeitschr. f. Morphol. u. Antropol. T. VI, 1903).

4. Brennemann. The sacral or socalled mongolian pigment spots of earliest infancy and childhood with especial reference to their occurence in the american negro. (Arch. of. Pediatrics, 1907, VI).

* 5. Grimm. Beiträge zum Studium der Pigmentes. (Dermat. Zeitschr. T. II, z. IV, 1895).

6. Fujisawa. Sogenannte Mongolen-Geburtsflecke der Kreutzhaut bei europäischen Kindern (Jahrb. f. Kinderheil. T. 62, z. II, 1905).

7. Epstein. Über den blauen Kreuzfleck uud andere mongoloide Erscheinungen bei europäischen Kindern (Jahrb. f. Kinderheit. T. 63, z. I, 1906),

* 8. Adachi i Fujisawa. Mongolen-Kinderfleck bei Europäern (Zeitschr f. Morphol. u. Antropol. T. VI, 1903).

9. Menabuoni. Beitrag zur Erforschung der mongolischen blauen Kreuzflecke bei europ. Kindern. (Monatschrift. f. Kinderh. zesz. I, 1907).

10. Herman. Pigmented spots in the sacral region of white and negro infants. (The journal of cutaneous diseases V, 1907).

(Prace, oznaczone gwiazdkami, cytowane są w pracy Epsteina).

Z oddziału dra J. Brudzińskiego, lekarza naczelnego szpitala Anny-Maryi dla dzieci w Łodzi.

O popłoniczem zapaleniu gruczołów chłonnych (Lymphadenitis postscarlatinosa)

napisał

dr. Władysław Schoenaich,

lekarz pawilonów dla chorób zakaźnych.

Niema prawie przypadku płonicy, w którym nie dałoby się stwierdzić obrzmienia gruczołów chłonnych na szyi, szczególniej u kąta żuchwy. Zazwyczaj w samym początku płonicy gruczoły u kąta żuchwy są obrzmiałe i bolesne. Wybitne powiększenie gruczołów występuje jednak dopiero 3—4. dnia choroby, jednocześnie z wzmożeniem się objawów zapalenia w gardle. W ciężkich przypadkach w sprawę zapalną zostaje wciągnięta cała tkanka łączna na szyi, wytwarza się rozlane stwardnienie, które może w dalszym ciągu uledz zgorzeli: powstaje obraz chorobowy, który Heubner nazwał »dżumopodobną« (»pestähnlich«), postacią płonicy.

To wczesne, pierwotne zapalenie gruczołów chłonnych, występujące w gorączkowym okresie płonicy, zostało szczegółowo uwzględnione przez wszystkich autorów, którzy zajmowali się kliniczną stroną płonicy. Każdy jednak, kto miał sposobność spostrzegać wiele przypadków płonicy, musiał zwrócić uwagę, że niejednokrotnie zapalenie gruczołów chłonnych występuje w późniejszym okresie płonicy, więc na pierwszy rzut oka wydaje się, jakoby zapalenie gruczołów chłonnych mogło występować w przebiegu płonicy

w różnych okresach bez żadnej prawidłowości. Nieregularność ta ustępuje jednak miejscu regularności, gdy zwrócimy uwagę na czas występowania zapalenia gruczołów chłonnych i porównamy okres występowania zapalenia gruczołów z okresem powstawania zapalenia popłoniczego nerek.

Pierwszym, który szczegółowo opisał i opracował późną postać zapalenia gruczołów chłonnych w przebiegu płonicy, był Schick z kliniki Eschericha, który nazwał to późne zapalenie, w przeciwieństwie do zapalenia występującego w początkowym okresie płonicy, wtórnem, popłoniczem (*Lymphadenitis postscarlatinosa*).

O możliwości jednoczesnego występowania zapalenia gruczołów chłonnych i zapalenia nerek w przebiegu płonicy, ewentualnie o zapaleniu gruczołów, poprzedzającem kilka dni wystąpienie zapalenia nerek, wspominają w swych pracach jeszcze przed Schickiem różni autorowie, jak n. p. Leichtenstern, Jürgensen, Fiłatow, Stembo, a szczególniej Korsakow, który, opierając się na doświadczeniu, zdobytem podczas panującej w 1882 r. epidemii płonicy w Moskwie, ogłosił w 1888 r. specyalnie poświęconą tej sprawie pracę.

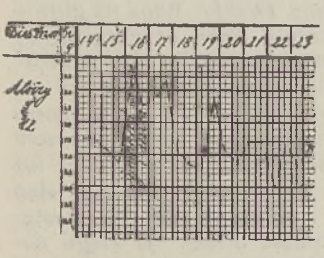
Autor ten przytacza w swej pracy zdania dawniejszych klinicystów, z których widać, że n. p. Hamburger w pracy ogłoszonej w 1861 r. zwraca uwagę na występowanie zapalenia nerek wkrótce po wtórnem obrzmieniu gruczołów chłonnych. Korsakow mówi nietylko o jednoczesnem występowaniu zapalenia gruczołów chłonnych i zapalenia nerek, lecz również wyraźnie zaznacza, że spostrzegał przypadki, w których występowało zapalenie gruczołów bez następczego zapalenia nerek. Tę ostatnią samodzielną postać wtórnego zapalenia gruczołów chłonnych, dopiero w 1905 r. opracował Schick, któremu, jak sam zaznacza, praca Korsakowa nie była dostępna. W późniejszej pracy z r. 1907 Schick opisuje przypadki *lymphadenitidis et nephritidis postscarlatinosae*. Różnica pomiędzy przypadkami Korsakowa i Schicka polega na

tem, że gdy pierwszy spostrzegał zazwyczaj powiększenie gruczołów za uchem poniżej wyrostka sutkowego, drugi spostrzegał najczęściej obrzmienie gruczołów u kąta żuchwy.

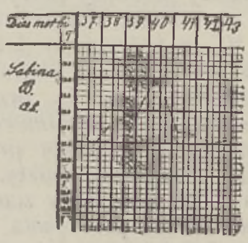
Jak mało dotąd ta późna wtórna postać zapalenia gruczołów chłonnych jest uwzględniana, świadczy chociażby fakt, że taki klinicysta, jak Heubner, zupełnie o niej w swym podręczniku chorób dzieci nie mówi, jak również nie wspomina o niej Biegański w swych szeroko rozpowszechnionych wśród naszych lekarzy »Wykładach o chorobach zakaźnych ostrych«. W polskiem piśmiennictwie wogóle niema, o ile możemy sądzić, poświęconej specyalnie tej sprawie pracy, więc chcemy poniżej podać kliniczny przebieg omawianego powikłania płonicy.

Ogłoszenie naszych spostrzeżeń usprawiedliwione jest tem bardziej, że mieliśmy sposobność śledzenia kilku przypadków o nieco odmiennym przebiegu, niż przypadki przytoczone w pracach innych autorów.

Przedewszystkiem zobrazujemy przebieg *lymphadenitidis postscarlatinosae* dwoma przykładami, z których w jednym zapalenie gruczołów wystąpiło w zwykłym czasie, t. j. w trzecim tygodniu choroby, w drugim, wystąpiło bardzo późno, gdyż dopiero przy końcu 6-go tygodnia płonicy.



Krzywa Nr 1.



Krzywa Nr 2.

Alojzy D. 4 lat, od 23. V—21.VII 1907.

Przyjęty w 3 dniu choroby z bardzo lekką postacią płonicy, przy ciepłocie 37,6°—37,9°. Typowa, nieobfita wysypka płonicza, *enanthema*. Na migdałach kilka czopków. Gruczoły u kąta

żuchwy wielkości fasoli, grochu; szyjne boczne, podpachowe i pachwinowe groszkowate, niebolesne. Na głowie w okolicy lewej kości ciemieniowej guz, wielkości orzecha laskowego, pokryty strupem, powstały wskutek uderzenia chorego przed kilku dniami kamieniem. (Nałożono na głowę okład z płynu Burowa).

26. V. Ciepłota 37,9—38,5. Wysypka zbladła zupełnie, gardło jeszcze zaczerwienione. Czopków na migdałach nie widać. Gruczoły nie powiększają się, nie są bolesne.

29. V. Przecięto ropień na głowie. z którego wypłynęła nieznaczna ilość ropy i nałożono opatrunek.

W dalszym ciągu przebieg zupełnie łagodny, gruczoły nie obrzmiewają, ciepłota waha się między 37,5°—38°; 12 dnia choroby ciepłota spada do 37° *in recto*. Rana na głowie powoli zagaja się.

5. VI. 16 dnia choroby. Ciepłota 39,8°—38,6°. Chory skarży się na ból szyi z prawej strony. U kąta żuchwy wymacujemy kilka oddzielnych, bolesnych gruczołów, wielkości fasoli.

6. VI. 17 dnia choroby. Dziś już zdaleka widoczne jest obrzmienie na szyi z prawej strony. U kąta żuchwy wyczuwamy pakiet, składający się z kilku trudno ruchomych, twardych, powiększonych do wielkości orzecha laskowego i dużej fasoli, bardzo bolesnych gruczołów. Chory osłabiony, grymaśny, od czasu do czasu płacze z powodu bólu szyi. Tętno 128, drobne. Gardło czyste.

19 dnia choroby. Ciepłota zrana prawidłowa. Obrzmienie szyi mniejsze, gruczoły niebolesne.

20 dnia. Ciepłota wczoraj wieczorem podniosła się do 38,8°, dziś spadła do 37,1°. Obrzmienia na szyi nie widać; u kąta żuchwy z prawej strony wyczuwamy kilka oddzielnych, ruchomych, niebolesnych, prawidłowej zbitości gruczołów, wielkości fasoli.

Dalszy przebieg choroby zupełnie zwykły. Rana na głowie zagoiła się. Obfite, długotrwałe łuszczenie. Stan bezgorączkowy do 27. VI, w którym to dniu ciepłota podniosła się do 38,5°, wskutek wystąpienia u chorego błonicy gardła, którą zaraził się od dziewczynki Stasi L., przyjętej w dniu 17. VI. z mieszanem błoniczo-płoniczem zakażeniem. Po wstrzyknięciu 2.000 jednostek uodparniających surowicy przeciwbłoniczej naloty błonicze już d. 2. VII. z migdałów znikły. 6. VII stwierdzono w moczu ślad białka i kilka wałeczków ziarnistych i szklistych. 13. VII. wystąpiła posurowicza pokrzywka, która trwała 3 dni. W ciągu następnych 3 dni białko, jak również i składniki morfotyczne z moczu znikły i chłopiec został 21. VII. wypisany ze szpitala zupełnie zdrowym.

Sabina B. 12 lat, od 29. I. do 5. III. 1907.

Przyjęta 8 dnia choroby ze śladem wysypki na dolnych kończynach i rozpoczynającem się łuszczeniem popłoniczem na

szyi i plecach. Ciepłota 38°. Na migdałach i języczku resztki szarobiałych nalotów z nadżarciami. Przy badaniu bakteryoskopowem nie stwierdzono prątków Löfflera. Gruczoły u kąta żuchwy z obu stron wielkości fasoli, przy obmacywaniu tkliwe na ucisk, gruczoły szyjne boczne groszkowate, podpachowe niemacalne, pachwinowe wielkości grochu. Ogólny stan dobry.

1. II. Ciepłota 38,4. Tętno 112 średniego napełnienia. Chora skarży się na ból w stawach napięstkowych, łokciowych i skokowych. W okolicy stawów napięstkowych nieznaczny obrzęk *(rheumatismus artic. seu synovitis postscarlatinosa).*

5. II. Stan bezgorączkowy. Tętno 80. Łuszczenie na całem ciele obfite. Gardło czyste. Gruczoły powiększone. Stawy nieobrzęknięte, niebolesne.

Dalszy przebieg zupełnie zwykły. Stan bezgorączkowy.

Chora w 4 tygodniu wstała, biega i bawi się z ozdrowieńcami, a nawet, jako większa dziewczynka, pomaga służącej i pielęgniarce przy sprzątaniu sali szpitalnej. Pobyt jej w szpitalu przedłuża się z powodu długiego i uporczywego łuszczenia, nieustępującego mimo stosowania codziennej kąpieli, wycierania wazeliną jtóp i dłoni, obmywania spirytusem mydlanym.

28. II. 39. dnia choroby. Ciepłota rano 37,4°, wieczorem 38,1°.

1. III. 40. dnia choroby. Ciepłota 39°—38,4°. Tętno 120. Chora do wczorajszego wieczora biegała i bawiła się. Wieczorem zaczęła skarżyć się na ból szyi z prawej strony. Dziś chora nieco osłabiona, leży w łóżku. U kąta żuchwy wyczuwamy kilka gruczołów twardych, bolesnych, wielkości orzecha laskowego. Gardło czyste. Mocz bez składników chorobowych.

41 dnia choroby. Ciepłota 37,3°. Tętno 104 średniego napełnienia. Gruczoły nie powiększają się więcej, mniej bolesne i twarde. Gardło czyste.

42 dnia. Gruczoły niebolesne, wielkości grochu. Stan bezgorączkowy. Chora wstała.

5. III. Sabina B. wypuszczona ze szpitala zupełnie zdrowa.

Do *lymphadenitis postscarlatinosa* zaliczamy te przypadki, w których objawy, świadczące o sprawie zapalnej w gruczołach, wystąpiły w pogorączkowym okresie płonicy, po zupełnem ustąpieniu pierwotnych objawów zapalenia w jamie ustnej, w gardle i gruczołach.

Zapalenie popłonicze gruczołów chłonnych cechuje się 1) obrzmieniem gruczołów, 2) ich stwardnieniem i 3) bolesnością.

Co do obrzmienia gruczołów, to zazwyczaj gruczoły powiększają się nieznacznie do wielkości fasoli, orzecha laskowego, śliwki; w mniejszości przypadków daje się stwierdzić obrzmienie większego stopnia do wielkości orzecha włoskiego, jaja kurzego. W tych ostatnich przypadkach gruczoły obrzmiewają powoli w ciągu kilku dni, czasami jednak wybitne powiększenie gruczołów rozwija się nadzwyczaj szybko w ciągu kilkunastu godzin (przykład Stasio K., patrz niżej). Spotykamy również przypadki, w których już zdaleka możemy zauważyć wybitne obrzmienie na szyi pod kątem żuchwy tak, że na pierwszy rzut oka zdawałoby się, iż gruczoły są znacznie powiększone, przy obmacaniu jednak stwierdzamy nieznaczne tylko powiększenie gruczołów, a obrzmienie na szyi w tych przypadkach zależne jest w znacznej mierze od obrzmienia otaczającej gruczoły tkanki łącznej. Tak było w wyżej opisanym przypadku u Alojzego D.

We wszystkich naszych przypadkach stwierdziliśmy powiększenie gruczołów u kąta żuchwy, przytem w większości przypadków (na 36 w 21) po jednej stronie. W niektórych przypadkach prócz gruczołów u kąta żuchwy, obrzmiewały również gruczoły szyjne boczne pod wyrostkiem sutkowym, a w jednym przypadku u 6-letniego chłopca Edwarda P. zapalenie wystąpiło w gruczołach podpachowych po lewej stronie, które następnie zropiały.

Drugim stałym objawem, świadczącym o sprawie zapalnej w gruczołach, jest wzmożenie się ich spoistości, ich stwardnienie.

Wreszcie co do bolesności gruczołów, to spotykamy przypadki, w których bolesność jest pierwszym i przynajmniej dla chorego, najważniejszym objawem: dzieci skarżą się na ból szyi, płaczą, starają się trzymać głowę w odpowiedniej pozycyi nieruchomo, aby nie wywoływać przy ruchach bólu; w innych przypadkach chorzy sami nie skarżą się na ból szyi, wymacywanie jednak gruczołów jest dla nich bolesne, w innych wreszcie nawet przy wymacy-

waniu bolesność gruczołów jest nieznaczna, możemy, co najwyżej, mówić o tkliwości gruczołów na ucisk.

Tym miejscowym objawom ze strony gruczołów towarzyszy podniesienie się ciepłoty ciała.

Pod względem nasilenia ciepłoty przypadki zapalenia popłoniczego gruczołów chłonnych, możemy rozdzielić na dwie grupy:

Do pierwszej należą przypadki, w których zapalenie gruczołów było jedynem późnem powikłaniem płonicy, lub wystąpiło w dalszym przebiegu zapalenia nerek, nie wywierając na to zapalenie żadnego wpływu, lub wreszcie zapalenie gruczołów rozwinęło się i ustąpiło na kilka lub kilkanaście dni przed początkiem zapalenia nerek.

Do drugiej grupy należą przypadki, w których zapalenie gruczołów i nerek wystąpiły jednocześnie, ewentualnie objawy zapalenia gruczołów poprzedzały lub następowały w parę (od 1—2) dni po stwierdzeniu pierwszych klinicznych objawów zapalenia nerek.

W znacznej większości przypadków pierwszej grupy ciepłota podnosiła się umiarkowanie: wśród 22 przypadków tylko w 6 przypadkach zanotowano ciepłotę powyżej 39°, w 11 przypadkach ciepłota wahała się między 38°—39°, a w 5 przypadkach nie podniosła się zupełnie, lub zaledwie o kilka dziesiętnych stopnia do 37,8° *in recto*.

Jako przykłady przypadków tej ostatniej kategoryi, przytoczę krótki wyciąg z historyi choroby 2 chłopców:

Zygmunt P. 9 lat, przyjęty na oddział 26. XI, 1906 z lekką postacią płonicy w 2 dniu choroby. Ciepłota 39°. Na skórze obfita drobna, punkcikowata, różowa wysypka płonicza. Na kończynach dolnych nieco grudek; *enanthema*. Na migdałach kilka czopków. Gruczoły u kąta żuchwy z prawej strony wielkości orzecha laskowego, twarde, bolesne przy obmacywaniu, z lewej wielkości grochu; szyjne boczne, podpachowe i pachwinowe groszkowate.

30. XI. Ciepłota 38,3°—38,8°. Tętno 96 średniego napełnienia. Wysypka zbladła. Gruczoły nie powiększone. Gardło czyste.

2. XII. Ciepłota prawidłowa. Początek łuszczenia.

8. XII. Ropotok z lewego ucha, który trwał do 14. XII.

W czwartym tygodniu chory wstał. Stan bezgorączkowy. Mocz prawidłowy. Chłopiec nie może być wypisany ze szpitala z powodu łuszczenia.

37 dnia choroby (31. XII). Ciepłota rano 37,1°. Tętno 108. Gardło czyste. Gruczoły u kąta żuchwy z prawej strony wielkości dużej fasoli, twarde, przy obmacywaniu bolesne. Wieczorem — 37,8° *in recto*

38 dnia choroby. Ciepłota 36,8°—37,5°.

39 dnia choroby. Ciepłota 37,2°. Chory skarży się na ból szyi z prawej strony. Gruczoł u kąta żuchwy wielkości orzecha laskowego, twardy, bolesny. Gardło czyste. Mocz bez składników chorobowych.

W ciągu następnych dni przy ciepłocie prawidłowej obrzmienie gruczołów zmniejszyło się, bolesność ustąpiła i chłopiec 6. I. 1907 został wypisany ze szpitala zupełnie zdrowy.

W powyższym przypadku stwierdziliśmy początek zapalenia gruczołów w 37. dniu choroby przy bolesności gruczołów, ich wzmożonej spoistości przy nieznacznem obrzmieniu i przy prawidłowej ciepłocie ciała.

Stasio K. 9 lat, przyjęty 7. VIII. 1907 w 3 dniu choroby. Ciepłota 39°. Na skórze nieobfita, punkcikowata, różowa wysypka płonicza. *Enanthema.* Migdały powiększone, czerwone; na lewym niewielki szarobiały nalot (badanie bakteryoskopowe stwierdziło nieobecność prątków Löfflera). Gruczoły u kąta żuchwy z obu stron wielkości orzecha laskowego, twarde, niebolesne; szyjne boczne, podpachowe i pachwinowe groszkowate.

10. VIII. T. 38°—39,3°. Wysypka bledsza. Migdały zaczerwienione. Nalotów nie widać.

12. VIII. Stan bezgorączkowy. Gardło czyste. Gruczoły niepowiększone, niebolesne.

22. VIII. Chory wstał z łóżka. Ciepłota prawidłowa. Mocz bez składników chorobowych. Gruczoły niepowiększone.

22 dnia choroby. Ciepłota zrana 36°. Chory wstał z łóżka, na nic nie skarżąc się i do chwili badania (10 godzina przed poł.) bawi się i biega. Na szyi u kąta żuchwy po lewej stronie guz twardy, wielkości orzecha włoskiego, niebolesny. Gardło czyste. Mocz prawidłowy. Uszy bez zmian. Wieczorem ciepłota 37,7°.

23 dnia choroby T. 36°—36,5°. Guz na szyi bez zmiany. Ogólny stan bardzo dobry.

Po dwóch dniach przy ciepłocie normalnej obrzęk gruczołów zmniejszył się. Chory wypisany ze szpitala 22. IX. z nieznacznym ropotokiem z ucha, który wystąpił dopiero 42 dnia choroby.

W opisanym przypadku wybitne obrzmienie gruczołów rozwinęło się szybko w ciągu kilkunastu godzin (poprzedniego dnia nic nienormalnego nie stwierdzono) przy ciepłocie normalnej i bez bolesności. W przebiegu choroby zanotowano raz jeden jako najwyższe podniesienie ciepłoty 37,7° *in recto*.

Z 17 przypadków pierwszej grupy, w których zanotowano ciepłotę powyżej 38°, trwała ona w 10 przypadkach od 1—4 dni. Ciepłota miewa zazwyczaj tor zwalniający i ustępuje ubywająco *(per lysin)*. Nasilenie początkowe ciepłoty nie ma nic wspólnego z dalszym przebiegiem choroby: z jednej strony spotykaliśmy przypadki z ciepłotą 39° i wyżej, z przebiegiem kilkudniowym (2—5 dni), z drugiej — mieliśmy przypadki o dłuższym przebiegu, w których ciepłota przez cały czas wahała się około 38°. Gdy zapalenie ma się ku końcowi, to przedewszystkiem ustępuje bolesność, następnie gorączka, a obrzmienie i stwardnienie gruczołów trwa często jeszcze przez kilka dni.

W przypadkach drugiej grupy, w których jednocześnie lub prawie jednocześnie stwierdzaliśmy wystąpienie dwóch powikłań (zapalenie gruczołów i zapalenie nerek) większe nasilenie ciepłoty występuje częściej, niż w przypadkach pierwszej grupy: z 14 przypadków zanotowano w 9 przyp. ciepłotę powyżej 39°, z których w 6 powyżej 40°, w 3 przyp. ciepłota wahała się między 38°—39°, w 2 podniosła się o kilka dziesiętnych stopnia.

W jednym z tych 2 ostatnich przypadków sprawa zapalna w gruczołach występowała kilkakrotnie, a mianowicie:

U Dawida W. 5 lat, przyjętego 16. XI., 1906 z nadzwyczaj łagodną postacią płonicy w 1. dniu choroby, stwierdziliśmy w ostrym okresie wybitną osutkę błon śluzowych (*enanthema*), powiększenie i zaczerwienienie migdałów bez obrzmienia i bolesności gruczołów (gruczoły u kąta żuchwy i szyjne boczne wielkości grochu). Następnie 15-go dnia choroby w okresie łuszczenia po zniknięciu sprawy zapalnej w gardle, stwierdziliśmy przy ciepłocie 37,8°—36,6° niebolesne obrzmienie gruczołów u kąta żuchwy z obu stron: po lewej — do wielkości

fasoli, po prawej do wielkości orzecha laskowego, wraz z początkiem zapalenia nerek. W ciągu następnych kilku dni przy normalnej ciepłocie, gruczoły powiększyły się jeszcze bardziej: z lewej strony do wielkości orzecha laskowego, z prawej do wielkości orzecha włoskiego.

Stan bezgorączkowy do 26. dnia choroby. W tym okresie obrzmienie gruczołów ustąpiło.

26. dnia choroby przy ciepłocie 37,6—37,8° stwierdzono: zaczerwienienie i powiększenie migdałów, pokrytych licznymi, zlewającymi się czopkami (badanie bakteryoskopowe stwierdziło brak prątków Löfflera). *Angina postscarlatinosa.* Wraz z zapaleniem gardła wystąpiło bolesne, twarde obrzmienie gruczołów do wielkości orzecha laskowego pod kątem żuchwy po lewej stronie. W ciągu 5 dni przy ciepłocie o torze zwalniającym, dochodzącej do 39,5°, zapalenie gardła ustąpiło i wraz z nią obrzmienie gruczołów.

Wreszcie 44. dnia choroby zanotowano: T. 37,8°—38,5°. Na szyi z lewej strony, więcej ku tyłowi, pod wyrostkiem sutkowym twardy, nieco bolesny guz wielkości jaja kurzego. Błona śluzowa jamy ustnej i gardła blada. Wybitne wypuklenie ku przodowi lewego łuku miękkiego podniebienia.

Ta występująca po raz trzeci sprawa zapalna w gruczołach ustąpiła 49. dnia choroby. Chłopiec wypisany został ze szpitala 59. dnia choroby z nielicznymi wałeczkami w moczu.

Pod względem zachowania się ciepłoty przypadek powyższy stanowi do pewnego stopnia wyjątek z przypadków drugiej grupy, gdyż, jak zauważono wyżej, tylko w dwóch przypadkach zanotowano ciepłotę niższą, niż 38°.

Obecnie na dwóch przykładach objaśnimy przebieg zapalenia gruczołów, występującego w początku zapalenia nerek, przytem pierwszy przypadek może służyć za przykład normalnego, przeciętnego przebiegu, a drugi, za przykład nadzwyczaj ciężkiego i szybkiego powstania omawianego powikłania wraz z zapaleniem nerek.

Micia S. 3½ lat, przyjęta na oddział 20. VIII. 1906 w pierwszym dniu choroby. Ciepłota 38,5. Obfita, punkcikowata, różowa wysypka płonicza. Wybitne *enanthema.* Gruczoły u kąta żuchwy, szyjne boczne, podpachowe i pachwinowe — wielkości grochu, tkliwe na ucisk.

25. VIII. Ciepłota spadła do normy. Wysypka zbladła. Początek łuszczenia na szyi i plecach. Gardło czyste. Gruczoły nie powiększone.

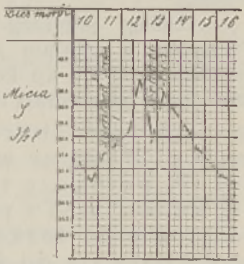
W ciągu następnych dni stan bezgorączkowy.

11 dnia choroby (30. VIII). Ciepłota 37,5°—37,7°. Na szyi u kąta żuchwy wyczuwamy gruczoł twardy, bolesny, wielkości orzecha włoskiego; po lewej stronie gruczoły niemacalne. Uszy bez zmian. Gardło czyste. Moczu 500 ctm.³ bez składników patologicznych.

12 dnia choroby. T. 37,8°—39,5°. Tętno 128, nieco napięte. Gruczoł u kąta żuchwy z prawej strony powiększony do wielkości jaja kurzego, twardy, bolesny. W moczu białko, wałeczki ziarniste i szkliste, ciałka ropne.

14 dnia choroby. Gruczoły nie powiększają się więcej, jeszcze bolesne. Gardło czyste. Uszy bez zmian.

16 dnia choroby. Ciepłota normalna. Gruczoł zmniejszył się do wielkości fasoli, niebolesny. Tętno 96 napięte, miarowe. Język obłożony. W moczu bardzo wiele wałeczków ziarnistych i szklistych, ciałka ropne, komórki nerkowe, białko.



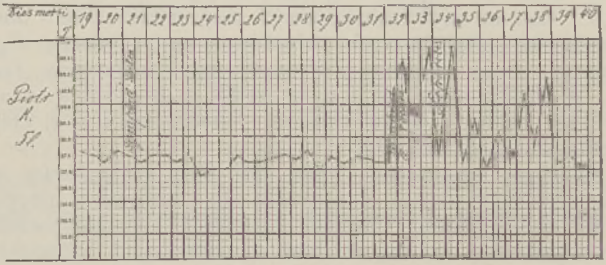
Krzywa Nr 3.

W dalszym zupełnie bezgorączkowym przebiegu wystąpił krwiomocz, który trwał długo i dopiero 49 dnia choroby dziewczynka mogła być wypisana ze szpitala jako zdrowa.

Piotruś K. 5 lat, przyjęty na oddział 26. VIII, 1907 w 2 dni choroby. Ciepłota 39°. Nieobfita wysypka płonicza. *Enathema*. Na migdałach szarobiałe naloty (przy badaniu bakteryoskopowem nie stwierdzono prątków Löfflera). Gruczoły u kąta żuchwy wielkości fasoli, szyjne boczne, podpachowe i pachwinowe groszkowate.

31. VIII. T. 37,5°—36,7°. Wysypka zbladła. Gruczoły niepowiększone. Nalotów na migdałach nie widać.

Stan bezgorączkowy do 14 dnia choroby.



Krzywa Nr 4.

Od 14—18 dnia choroby, ciepłota wieczorami podnosi się do 38°—38,5°. Badanie nie stwierdza żadnych zmian patologi-

cznych. Mocz czysty, gruczoły niepowiększone, niebolesne. Błona śluzowa jamy ustnej, gardła, nosa nie zaczerwieniona. W narządach wewnętrznych nic nienormalnego — *Febris postscarlatinosa.*

19 dnia ciepłota ostatecznie spadła do normy.

21 dnia. T. 37,4°—37,2° *in recto.* Na szyi z prawej strony u kąta żuchwy kilka gruczołów twardych, bolesnych, powiększonych do wielkości orzecha laskowego. Mocz czysty. Uszy bez zmian. Gardło czyste.

23 dnia. Ciepłota normalna. Gruczoły niebolesne, wielkości fasoli. Mocz bez składników patologicznych. Chory wstał z łóżka.

Dalszy przebieg bezgorączkowy. Chory bawi się i biega. Przebywa w szpitalu z powodu łuszczenia, które zresztą w 4. tygodniu ma się ku końcowi i chłopiec lada dzień miał być wypuszczony ze szpitala. Stan taki trwa do 32. dnia.

32 dnia choroby ciepłota zrana jeszcze normalna. Chłopiec wstał złóżka zupełnie zdrów i wesół. W południe tegoż dnia chory zaczął skarżyć się na ból szyi z prawej strony, grymasił, sam położył się do łóżka. O godz. 2 popołudniu ciepłota podniosła się do 40,5°. Wieczorem o 6. g. spadła do 39,5. W nocy obfite krwawienie z nosa.

33 dnia choroby. T. rano 38,5°. Na szyi z prawej strony u kąta żuchwy bardzo bolesny, twardy guz długości 6 ctm., szerokości 5 ctm. Gardło czyste. Uszy bez zmian. Mocz bez składników patologicznych. Po południu o 3-ej ciepłota 40,8°. Chory osłabiony, nieprzytomny. (2 kąpiele 28° R. i 2 proszki euchininy po 0,25). W nocy około 12 godz. stan polepszył się: przytomność wróciła. Chory skarży się na ból szyi, płacze, nie śpi. Krwawienie z nosa powtórzyło się w nocy kilkakrotnie.

35 dnia. T. o godz. 6-ej rano 38°, a o 11-ej rano spadła do 37,5°. Guz na szyi zmniejszył się wybitnie: obecnie jest wielkości małego orzecha włoskiego, mniej bolesny. Ogólny stan lepszy, chory zupełnie przytomny, mniej osłabiony. Gardło czyste. W moczu dzisiejszym białko, wałeczki ziarniste i szkliste, ciałka ropne. Wieczorem o 6-ej ciepłota podniosła się znów do 40,8°.

W ciągu następnych kilku dni stan gorączkowy (patrz krzywą), gruczoły jednak zmniejszają się i bolesność ustępuje.

40. dnia choroby. Ciepłota normalna. Gruczoły wielkości fasoli, niebolesne. W moczu białka niema, pod mikroskopem jeszcze kilka wałeczków i ciałek ropnych.

51 dnia (14. X). Chłopiec wypisany ze szpitala zupełnie zdrowy.

Przypadek powyższy, w którym po upływie $1^1/_2$ doby od pierwszych objawów zapalenia popłoniczego gruczołów chłonnych stwierdziliśmy początek zapalenia nerek, cechuje się: 1) szybkim rozwojem wybitnego obrzmienia gruczołów chłonnych, 2) wysoką ciepłotą z dużemi wahaniami do 3,3° w ciągu 7 godzin, 3) wybitnym wpływem początku choroby na ogólny stan chorego: ogólne osłabienie, brak przytomności. Pod tym ostatnim względem przypadek opisany stanowi wyjątek ze wszystkich spostrzeganych przez nas przypadków. Wogóle możemy powiedzieć, że w przypadkach, w których *lymphadenitis postscarlatinosa* występowała zupełnie samodzielnie, ogólny stan chorych był zupełnie zadowalniający, dokuczał chorym tylko ból. Przy małem natężeniu tego objawu, wpadało w oczy to przeciwieństwo między wysoką ciepłotą, lub wybitnem obrzmieniem gruczołów (patrz Stasio K.), a ogólnym stanem chorych. Schick opisuje przypadki, w których występowały wymioty przy początku zapalenia gruczołów. Podobnych przypadków nie mieliśmy. Spostrzegaliśmy wymioty w przypadkach *lymphadenitis et nephritis postscarlatinosa*, jednak i tu chorzy tylko byli nieco osłabieni, nie chcieli przyjmować pokarmów, grymasili. Ciężkie zaburzenie ogólnego stanu z utratą przytomności spotkaliśmy raz jeden u Piotrusia K. Taki burzliwy początek nie wpłynął na dalszy przebieg choroby: zapalenie gruczołów, zarówno jak i zapalenie nerek ustąpiły w krótkim czasie.

Przypadek powyższy może nam służyć jako przykład powtórnego wystąpienia zapalenia gruczołów; przytem po raz pierwszy zapalenie gruczołów występuje samodzielnie bez zapalenia nerek, po raz wtóry występuje wraz z zapaleniem nerek. Takich przypadków, prócz opisanego, spostrzegaliśmy jeszcze dwa: u Józefa U, 9 lat, zapalenie gruczołów po raz pierwszy wystąpiło 10-go dnia choroby — po raz wtóry 24. dnia jednocześnie z zapaleniem nerek; u Aleksego N., 5 lat, zapalenie gruczołów wystąpiło po raz pierwszy 14-go dnia cho-

roby — poraz wtóry 27-go dnia, w 2 dni po stwierdzeniu *nephritis*.

W zupełnem przeciwieństwie do tych przypadków stoją takie, w których przedewszystkiem zjawia się zapalenie nerek, a dopiero po ustąpieniu jego, ewentualnie po zniknięciu z moczu składników patologicznych, występuje zapalenie gruczołów chłonnych wraz z powtórnem wystąpieniem *resp.* obostrzeniem sprawy zapalnej w nerkach.

Spostrzegaliśmy dwa takie przypadki, które w streszczeniu poniżej podajemy:

Franciszek W., 14 lat, przyjęty na oddział 14. VIII., 1907, w 4 dniu choroby. Ciepłota 40,5. Chory osłabiony, robi wrażenie ciężko chorego. Obfita wysypka płonicza z sinawym odcieniem. Stopy i dłonie chłodne. *Enanthema.* Na migdałach szarobiałe naloty z nadżarciami. Prątków Löfflera brak. Wypływ z jamy ustnej, gardła, nosa obfity, śluzoworopny. Gruczoły u kąta żuchwy z lewej strony wielkości orzecha laskowego, twarde, bolesne, z prawej — wielkości grochu; szyjne boczne, podpachowe i pachwinowe — groszkowate.

16. VIII. Wysypka jeszcze obfita. Wargi spieczone. Naloty na migdałach i wypływ z jamy ustnej — mniejsze. Tętno 104, średniego napełnienia. Ogólny stan lepszy.

19. VIII. Łuszczenie na całem ciele. Gruczoły u kąta żuchwy z obu stron wielkości grochu, niebolesne. Gardło czyste.

Dalszy przebieg normalny — patrz krzywą ciepłoty.

15. dnia choroby. Rano ciepłota normalna. Tętno 100 średniego napełnienia. Waga ciała 34.850 grm. Moczu 1.100 ctm.³ bez składników patologicznych. Wieczorem ciepłota 38°.

16 dnia. Waga ciała 35.400 grm. Gardło czyste. Gruczoły nie powiększone. Uszy bez zmian.

17. dnia. Waga ciała 35.600 grm. Tętno 84 pełne, napięte. Moczu przez wczorajszą dobę oddał 800 ctm.³ bez białka. Wobec podniesienia się ciepłoty, wzmożenia wagi ciała (w ciągu 2 dni — 750 grm), zwolnienia i napięcia tętna zbadaliśmy mocz drobnowidowo i stwierdziliśmy obecność nielicznych wałeczków ziarnistych i szklistych i ciałek ropnych. Gruczoły nie powiększone.

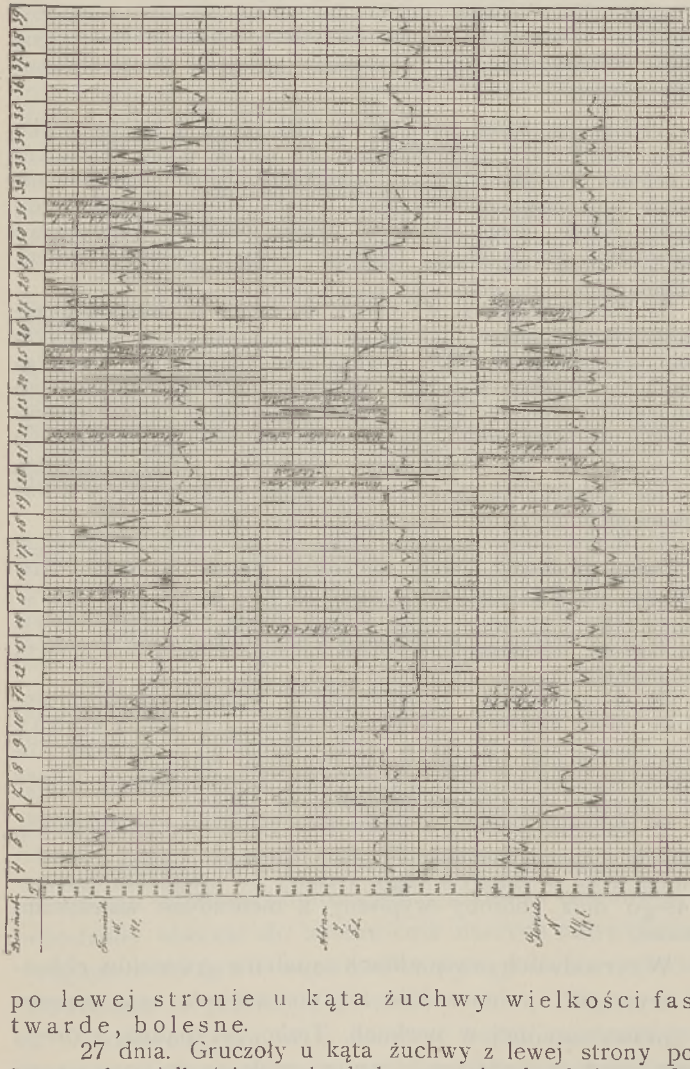
18. dnia przy podniesieniu się ciepłoty do 40,1° wystąpił krwiomocz i białkomocz.

Składniki patologiczne wydzielały się w moczu krótko, gdyż już 22. dnia i powtórnie 24 dnia nie stwierdziliśmy obecności białka i składników morfotycznych.

25. dnia. Ciepłota rano normalna. Gruczoły niepowiększone,

niebolesne. Gardło czyste. Ogólny stan dobry. Wieczorem wystąpiły dwukrotnie wymioty i ciepłota podniosła się do 39,7°.

26 dnia. Mocz z nocy wybitnie krwawy: białko, wałeczki, ciałka ropne, ciałka krwi. Wymioty 2 razy. Gruczoły



Krzywa Nr 5, 6, 7.

po lewej stronie u kąta żuchwy wielkości fasoli, twarde, bolesne.

27 dnia. Gruczoły u kąta żuchwy z lewej strony powiększone do wielkości orzecha laskowego, bardzo bolesne. Gardło

czyste. Uszy bez zmian. Ogólny stan dość ciężki: chory osłabiony, grymasi, skarży się na ból szyi; jednokrotne wymioty.

31. dnia choroby stwierdzono obrzmienie gruczołów do wielkości orzecha laskowego również po prawej stronie.

W ciągu następnych dni stan gorączkowy, przy wahaniach ciepłoty do 3°. Ciepłota spadła do normy 38. dnia choroby. Obrzmienie i bolesność gruczołów ustąpiły. Krwiomocz skończył się 43. dnia choroby, białkomocz 51. dnia i chłopiec 55. dnia wypuszczony zdrowy.

Abram S. 5 lat, przyjęty 4. VIII, 1907, z bardzo lekką postacią płonicy w 2 dniu choroby. Na skórze obfita punkcikowata, różowa wysypka płonicza. *Enanthema.* Migdały powiększone, czerwone bez czopków. Gruczoły u kąta żuchwy z obu stron wielkości fasoli, nieco bolesne; szyjne boczne, podpachowe i pachwinowe groszkowate. Ciepłota w dniu przyjęcia wieczorem 36,7°.

3. dnia choroby. T. 37°—37,7° *in recto;* w dalszym przebiegu stan bezgorączkowy, aż do 14 dnia choroby, w którym to dniu przy ciepłocie 37,7°, stwierdzono początek zapalenia nerek: białko, wałeczki ziarniste i szkliste. Ogólny stan zupełnie dobry. Gardło czyste. Gruczoły niepowiększone. Łuszczenie obfite na całem ciele. Zapalenie nerek trwa krótko, gdyż już 19. dnia choroby nie stwierdzono obecności białka w moczu, a 20. i 22. dnia nie znaleziono również składników morfotycznych.

23. dnia choroby (25. VIII). T. rano 38,5, w południe 40,5. Chory osłabiony. Twarz czerwona. Tętno 140 słabe. Gardło czyste. W dzisiejszym moczu znów białko, wałeczki, ciałka ropne, ciałka krwi. Mocz wybitnie krwawy. Próba Hellera dodatnia. Wieczorem o 6-ej ciepłota 40,6°; o 12-ej w nocy 39,9°.

24. dnia choroby. T. 38,6°—38,3°. Tętno 84 napięte, niemiarowe. Mocz krwawy. U kąta żuchwy z prawej strony kilka twardych, bardzo bolesnych gruczołów, powiększonych do wielkości orzecha laskowego. Chory mniej osłabiony. Gardło czyste. Uszy bez zmian.

W dalszym przebiegu obrzmienie gruczołów zmniejsza się, bolesność ustępuje, ciepłota 30. dnia spada do normy. Zapalenie nerek trwa w dalszym ciągu i chory po ustąpieniu łuszczenia 49-go dnia choroby wypisany z nielicznymi wałeczkami w moczu.

W tych dwóch przypadkach zapalenie gruczołów chłonnych wystąpiło jednocześnie z obostrzeniem, *resp.* nawrotem sprawy zapalnej w nerkach. Trzeci przypadek, którego krzywą ciepłoty podajemy, stanowi analogię do powyższych

przypadków pod tym względem, że również wkrótce po ustąpieniu zapalenia nerek zjawiło się zapalenie gruczołów, lecz bez nawrotu zapalenia nerek.

Genia N. 7½ lat, przyjęta 2. XI, 1907, w 4. dniu choroby. Wysypka nieobfita. Na migdałach obszerne szarobiałe naloty z głębokiemi nadżarciami. Obrzmienie bolesne gruczołów u kąta żuchwy z obu stron do wielkości fasoli. Chora bardzo osłabiona, robi wrażenie ciężko chorej. Badanie bakteryoskopowe stwierdziło nieobecność prątków Löfflera.

Naloty w gardle trwają do 13. dnia choroby.

11. dnia początek zapalenia nerek.

12. dnia ropotok z prawego ucha.

Zapalenie nerek trwa 10 dni, gdyż już 21-go dnia nie stwierdzono w moczu składników patologicznych

Stan gorączkowy z małemi przerwami przez 3 tygodnie z powodu obecności trzech powikłań (*angina*, *otitis media*, *nephritis*).

23. dnia choroby. Ciepłota rano normalna, w południe 40,2°. Twarz czerwona; tętno 150 słabe, gardło czyste, gruczoły niepowiększone, uszy (wyrostki sutkowe) niebolesne, w płucach nic nienormalnego. Brzuch wzdęty, język obłożony. (Lawatywa i ścisła dyeta). Po lawatywie wieczorem tegoż dnia ciepłota spadła do 38,7°.

24. dnia. Stan bezgorączkowy. Chora wstała z łóżka.

26. dnia (24. X.) zanotowano: Wczoraj wieczorem ciepłota 39,6°. Chora była osłabiona. Dziś C. 37,1°. Chora skarży się na ból szyi z lewej strony. U kąta żuchwy twardy, bardzo bolesny gruczoł, wielkości dużego orzecha laskowego. Gardło czyste. Białka w moczu niema. Wieczorem C. 39,9°. Osłabienie ogólne, dreszcze.

27. dnia. T. 37,7. Chora wesoła i bawi się. Gruczoły u kąta żuchwy mniej bolesne. Gardło czyste. W moczu brak składników patologicznych.

Następnego dnia gruczoł zmniejszył się do wielkości fasoli i dziewczynka po kilkodniowym jeszcze pobycie została wypuszczona ze szpitala 3. XI zupełnie zdrową.

Kończąc na powyższym przykładzie opis klinicznego przebiegu zapalenia popłoniczego gruczołów chłonnych, przechodzimy obecnie do zestawienia naszych przypadków pod względem czasu i częstości występowania omawianego powikłania w przebiegu płonicy.

Schick proponuje nazywać późne zapalenie gruczołów popłoniczem dlatego, że chce podnieść zupełną ana-

logię w czasie występowania zapalenia popłoniczego nerek i zapalenia popłoniczego gruczołów chłonnych.

W przypadkach Schicka zapalenie gardła, zarówno jak i zapalenie nerek występowały najczęściej w 3. i 4. tygodniu choroby. Heubner stwierdza początek zapalenia nerek najczęściej przy końcu drugiego i na początku trzeciego tygodnia; my również spostrzegaliśmy najczęściej początek zapalenia nerek w czasie podanym przez Heubnera, i, co podkreślamy, zapalenie gruczołów chłonnych występowało również najczęściej w tym samym czasie, jak o tem świadczy następujące zestawienie.

Początek zapalenia gruczołów.

Dzień choroby	Ilość przypadków
8—11	4
12—14	7
15—18	10
19—21	2
22—28	7
29—35	5
44	1
ogółem	36

Początek zapalenia nerek.

Dzień choroby	Ilość przypadków
7	2
8—11	9
12—14	15
15—18	33
19—21	14
22—28	10
29—35	6
47	1
ogółem	90

Od 12—18 dnia zapalenie gruczołów wystąpiło w 17 przypadkach, co stanowi 47,22%, zapalenie nerek 48 razy, co stanowi 53,33%.

Podług tygodni wśród naszych przypadków zapalenie nerek, zarówno jak i zapalenie gruczołów najczęściej występowało w 3 tyg. (47—12) następnie w 2 tyg. (24—11), wreszcie w 4 tyg. (10—7).

Najwcześniej zapalenie nerek wystąpiło 7. dnia (2 przyp.), zapalenie gruczołów 9. dnia (1 przyp.); najpóźniej zapalenie nerek 47. dnia, zapalenie gruczołów 44. dnia.

Oprócz powyższych danych o ścisłym związku między temi powikłaniami świadczą dalej przypadki, w których zapalenie nerek i zapalenie gruczołów występowały jednocześnie. Mieliśmy 14 przypadków, z których w 4 stwierdziliśmy początek obu powikłań tegoż samego dnia, w 3 przyp. stwierdziliśmy zapalenie gruczołów na dzień przed zapaleniem nerek, w 3 przyp. na 2 dni przed zapaleniem nerek; w 2 przyp. stwierdziliśmy zapalenie gruczołów nazajutrz po wystąpieniu objawów zapalenia nerek, w 2 przyp. na 2-gi dzień po zapaleniu nerek. Fakt, że w pewnej liczbie przypadków stwierdzaliśmy początek obu powikłań jednego i tego samego dnia, w innych zaś pomiędzy stwierdzeniem początku jednego powikłania, a drugiego, upływało 1—2 dni, świadczy o tem, że prawdopodobnie sprawa zapalna w tych przypadkach rozpoczyna się jednocześnie w obu narządach, lecz tylko czasami objawy kliniczne jednego powikłania poprzedzają wystąpienie objawów drugiego. Korsakow wypowiada również podobny pogląd.

Co do częstości występowania popłoniczego zapalenia gruczołów chłonnych, to przedewszystkiem musimy zaznaczyć, że niejednokrotnie, jak o tem świadczą nasze przypadki, objawy zapalenia są tak nieznaczne (brak podniesienia ciepłoty, nieznaczna bolesność, niewielkie obrzmienie), że przy obfitym materyale można łatwo niejeden przypadek przeoczyć, i dlatego też, aczkolwiek cały nasz materyał obejmuje 36 przypadków, pochodzących z okresu od 1. V. 1906—1. VII. 1908, jednak przy określaniu częstości występowania będziemy posługiwali się tylko przypadkami, pochodzącemi z okresu, w czasie którego zwracaliśmy specyalną uwagę na omawiane powikłane, a mianowicie od 1. X. 1906—1. VII. 1908.

W tym czasie przyjęto do szpitala w ostrym, gorączkowym okresie płonicy 281 przypadków.

Na 281 przypadków zapalenie popłonicze gruczołów wystąpiło u 28 chorych, co stanowi 9,96%; zapalenie nerek u 72 chorych — czyli w 25,62%. Więc wśród naszych chorych zapalenie nerek występowało $2^1/_2$ razy częściej, niż zapalenie popłonicze gruczołów chłonnych, wśród przypadków Schicka z kliniki prof. Eschericha w Wiedniu, przeciwnie, zapalenie popłonicze gruczołów (68 przyp.) występowało 2 razy częściej, niż zapalenie nerek (33 przyp.).

To zupełne przeciwieństwo w częstości występowania jednego powikłania w porównaniu z drugiem, nie przedstawia w płonicy nic osobliwego i objaśnia się różnym »charakterem epidemii«; wiadomą jest rzeczą, że podczas oddzielnych epidemii w różnych miejscowościach pewne powikłania występują raz rzadziej, drugi raz częściej.

Dlaczego te następcze choroby po płonicy występują dopiero wtedy, gdy już upłynie pewien okres czasu od początku choroby, gdy już początkowe objawy płonicy zniknęły, lub znacznie osłabły — na to pytanie nie znajdujemy zadowalniającej odpowiedzi.

W ostatnich czasach Schick, opierając się na fakcie, że wyżej omówioną analogię w czasie występowania wykazują nietylko *lymphadenitis et nephritis postscarlatinosa*, lecz również inne rzadsze powikłania płonicy *(synovitis postscarl., angina postscarl., febris postscarl., recidiv.)* wygłasza następującą teoryę. Zarazek wywołujący choroby następcze, po okresie ostrym płonicy zostaje na pewien czas »zahamowany« w rozwoju. Następnie zaś przy końcu drugiego tygodnia rozpoczyna się okres »swoistego usposobienia« do chorób następczych (spezifische Dispositionsperiode). W tym okresie przy zmniejszonej odporności lub nadczułości ustroju, zarazki, znajdujące się w różnych narządach, znów mnożą się i wywołują różne objawy chorobowe.

Schick słusznie podnosi, że o trwaniu nawet naj-

lżejszej płonicy nie można sądzić na zasadzie przebiegu okresu gorączkowego: wyzdrowienie dopiero wtedy jest zupełne, gdy minął okres »swoistego popłoniczego usposobienia«, który czasami trwać może bardzo długo, jak o tem świadczy chociażby wyżej podany wypadek nadzwyczaj łagodnej płonicy u Dawida W., u którego ten okres trwał 7 tygodni.

Zapalenie popłonicze gruczołów chłonnych, aczkolwiek samo przez się daje zupełnie dobre rokowanie, gdyż, co najwyżej, dochodzi do zropienia gruczołów (1 raz na 36 przypadków), posiada właśnie to znaczenie, że świadczy o nastąpieniu okresu powikłań, ewentualnie ostrzega, że okres ten jeszcze się nie skończył.

Wobec tego, że zapalenie popłonicze gruczołów dość często występuje jednocześnie z drugiem, o wiele groźniejszem powikłaniem, zapaleniem nerek (wśród 36 przyp. u 14, czyli 38,88% przyp.), stwierdzenie początku zapalenia gruczołów powinno nas skłonić do dokładnego zbadania moczu. My przynajmniej obecnie w każdym przypadku, w którym stwierdzamy zapalenie popłonicze gruczołów, badamy tegoż samego dnia i w ciągu kilku następnych mocz drobnowidowo (co do białka stale badamy mocz codziennie).

Rozpoznanie popłoniczego zapalenia gruczołów chłonnych na zasadzie wyżej opisanych objawów jest łatwe, jeżeli mieliśmy sposobność spostrzegać chorego przez cały czas choroby od początku płonicy. Gdy zaś widzimy chorego po raz pierwszy z rozwiniętem już zapaleniem gruczołów, a wywiady i obecność charakterystycznego łuszczenia świadczy o przebytej płonicy, to w tych razach musimy rozstrzygnąć, czy mamy przed sobą obrzmienie gruczołów, powstałe w okresie gorączkowym i trwające do chwili badania (*lymphadenitis primaria scarlatinosa*), czy też zapalenie popłonicze gruczołów (*lymphadenitis secundaria postscarla-*

tinosa). Tu szczegółowe wywiady, tyczące się początku zapalenia, czasu wystąpienia obrzmienia, bolesności, przebiegu i trwania gorączki (czy chory przez cały czas od początku płonicy bez przerwy gorączkował, czy też po początkowym okresie płonicy był już w ciągu kilku lub kilkunastu dni stan bezgorączkowy) pomagają do odpowiedniego rozpoznania. Niejednokrotnie spostrzegaliśmy w ambulatoryum szpitalnem, jak również i na oddziale, przypadki zapalenia gruczołów, często wraz z następczem zapaleniem nerek, w których wywiady stwierdzały, że obrzmienie gruczołów wystąpiło dopiero w ostatnich dniach.

Nie włączyliśmy tych przypadków do naszej statystyki, gdyż w niniejszej pracy chodziło nam o dokładny opis przebiegu omawianego powikłania płonicy od pierwszych jego objawów i stwierdzenie czasu i częstości występowania.

W przypadkach, w których prócz obrzmienia gruczołów niema żadnych przedmiotowych objawów, świadczących o przebytej płonicy, należy przy ustaleniu etyologicznego rozpoznania zwrócić szczególną uwagę na następujące dwa punkty z wywiadów (prócz, rozumie się, danych, tyczących się wysypki, gorączki, wymiotów i t. d.) 1) czy ktoś z rodzeństwa lub otoczenia chorego nie przechodził przed niedawnym czasem płonicy? 2) czy chory przed kilkunastoma dniami, lub kilkoma tygodniami nie skarżył się na ból gardła? W tych przypadkach musimy różniczkować między *lymphadenitis postscarlatinosa* a chorobą Pfeiffra-Fiłatowa — gorączką gruczołową *seu angina retronasalis* (Hochsinger, Zappert, Trautmann, Finkelstein).

Różniczkowe rozpoznanie między temi chorobami czasami może być bardzo trudne. Wystąpienie wraz z zapaleniem gruczołów zapalenia nerek, zwłaszcza charakteru krwotocznego, zwiększa prawdopodobieństwo istnienia płonicy, jako czynnika etyologicznego, aczkolwiek zapalenie nerek czasami występuje również w przebiegu gorączki gruczoło-

wej (przypadki Heubnera, Starka, Rauchfussa, Soca, Hesse, Schwartza, Korsakowa i innych).

W każdym razie, jeżeli usprawiedliwionem jest zdanie, że każde wybitne zapalenie gardła podczas epidemii płonicy jest podejrzane, to również każde obrzmienie gruczołów na szyi bez sprawy zapalnej w jamie ustnej i gardle, szczególnie, jeżeli towarzyszy takiemu obrzmieniu ciepłota o torze zwalniającym, dochodząca częstokroć do wysokich stopni, powinno nas skłonić do dokładnego zebrania wywiadów, tyczących się płonicy i do zbadania moczu chorego.

Jak ważne znaczenie może posiadać w tych przypadkach dokładne zebranie danych z wywiadów, świadczy następujący przykład Korsakowa z Moskwy.

6-letni chłopiec został przywieziony z Niźniego-Nowogrodu do Moskwy. Tydzień po przybyciu chłopiec był zupełnie zdrów. Następnie wystąpiło obrzmienie gruczołów pod wyrostkiem sutkowym, które wkrótce dosięgło znacznych rozmiarów. Jednocześnie z obrzmieniem gruczołów zjawiła się gorączka o typie zwalniającym, przyczem ciepłota wahała się od 40°—38°. Lekarz, zawezwany w 2. dniu choroby, stwierdził objawy zwykłego zapalenia, przepisał wewnętrznie chininę, a przeciw obrzmieniu maść z jodkiem potasu. W gardle, według słów matki, nic nienormalnego nie znalazł. Drugi lekarz, zawezwany jeszcze po upływie 2 dni, zalecił to samo leczenie, przypisując wszystkie chorobowe objawy zwykłemu zapaleniu gruczołów chłonnych.

Po tygodniu od początku choroby Korsakow widział chorego po raz pierwszy. Na pytanie, czy chory przechodził płonicę, matka odpowiedziała, że chłopiec przed 7 tygodniami przechodził jakąś chorobę z nieznaczną gorączką i drobną wysypką, szczególniej na brzuchu, po której zniknięciu wystąpiło nieobfite łuszczenie skóry. Z 2 lekarzy, zawezwanych podczas wysypki, jeden rozpoznał płonicę, drugi różyczkę. Na 3 tygodnie przed tą chorobą, siostra chłopca była chorą, podług zdania lekarzy, na pewną płonicę.

Na pytanie, jaki mocz chory oddaje, nastąpiła odpowiedź: »od wczorajszego dnia mocz jest zupełnie ciemny, jak czarne piwo«.

Korsakow, stwierdziwszy obrzęk gruczołów pod wyrostkiem sutkowym i u kąta żuchwy i obecność składników patologicznych w moczu, rozpoznał wobec powyższych danych z wywiadów *lymphadenitis et nephritis postscarlatinosa*, które ustąpiły po upływie 2 tygodni.

W wyjątkowych razach, jak to zdarzyło się u nas w szpitalu, *lymphadenitis postscarlatinosa* może być wzięta za chorobę posurowiczą (Serumkranheit — v. Pirquet u. Schick).

Marta P., 8 lat, przyjęta do szpitala 24. VI., 1908. Poprzedniego dnia zauważono u chorej swędzącą wysypkę, obrzmienie gruczołów na szyi, obrzęk powiek. Chora osłabiona, nie kaszle. Stolce normalne. Odrę przechodziła przed kilku laty. Płonicy nie przechodziła. Ospa szczepiona dwa razy z dodatnim wynikiem. Obecnie w domu, w którym mieszka chora, panuje płonica.

Przed 16 dniami, 8. VI. chora wieczorem zaczęła skarżyć się na ból gardła. Nazajutrz miała gorączkę, skarżyła się na ból szyi, gardła i strzykanie w lewem uchu. Wysypki matka nie zauważyła. Chora nie wymiotowała, była osłabiona i leżała w łóżku. Lekarz, zawezwany 3. dnia choroby, 10. VI. stwierdził błonicę (bez badania bakteryologicznego) i wstrzyknął 3.000 jednostek surowicy przeciwbłoniczej.

Następnego dnia, 11. VI., po raz wtóry zastrzyknięto 2.000 surowicy. Chora 6 dni leżała w łóżku, następnie wstała i aż do 23. VI. czuła się zupełnie dobrze, nie gorączkowała.

Lekarz miejscowy wobec wystąpienia, w kilkanaście dni po wstrzyknięciu surowicy, swędzącej wysypki, obrzmienia powiek, obrzmienia gruczołów z obu stron u kąta żuchwy do wielkości mandarynek, rozpoznał chorobę posurowiczą, przyjął dziecko na oddział wewnętrzny i, uważając chorą za »porteuse des bacilles«, polecił umieścić w oddzielnym pokoju.

Badanie z dnia 25. VI. stwierdziło:

Budowa dobra, odżywianie umiarkowane. Ogólny stan dobry. Ciepłota wczoraj wieczorem 38,5°, dziś 38°. Skóra blada, obrzęk wybitny powiek, stopy i dłonie bez zmian. Łuszczenia na skórze nie stwierdza się, prócz drobnego łuszczenia w fałdach pomiędzy palcami nóg.

Śladów krzywicy niema, bolesności stawów nie stwierdza się. Gruczoły u kąta żuchwy z obu stron powiększone do wielkości dużych orzechów włoskich, twarde, niebolesne, szyjne boczne, podpachowe i pachwinowe groszkowate.

Odruchy kolanowe wywołuje się łatwo. Chora nie skarży się na ból głowy. Spojówki blade, uszy bez zmian.

Gardło nie zaczerwienione, migdały nie powiększone, nalotów brak, w preparatach ze śluzu z gardła nie stwierdzono prątków Löfflera.

Górna granica serca już na 3-ciem żebrze, lewa i prawa zwykłe; 1-szy ton u końca serca nie czysty, z wyraźnym podmuchem, 2-gi nad tętnicą płucną wzmocniony. Tętno drobne, niemiarowe, 72 na minutę.

Wybitny objaw Smitha. Zmian w płucach nie stwierdzono. Brzuch nie wzdęty, niebolesny. Śledziona i wątroba niemacalne. Moczu chora do chwili badania nie oddała.

26. VI. Stan bezgorączkowy. Gruczoły na szyi zmniejszyły się po stronie lewej do wielkości dużego orzecha laskowego, po prawej grochu. Obrzęk zaś twarzy o wiele wybitniejszy. Skóra zupełnie blada. Jak gdyby ślady łuszczenia między palcami nóg. Stawy niebolesne. W moczu białko, wałeczki ziarniste i szkliste, ciałka ropne i liczne ciałka czerwone.

Wobec jednoczesnego wystąpienia zapalenia gruczołów i zapalenia nerek przy wybitnym wpływie na układ krwionośny, rozpoznano *lymphadenitis et nephritis postscarlatinosa,* przyjmując początkowe objawy choroby z d. 8. VII. i następnych za płonicę z krótkotrwałą, nieobfitą wysypką, której matka mogła nie zauważyć, a lekarz, zawezwany 3. dnia choroby, już nie stwierdził, lub też za płonicę bez wysypki.

Co do swędzącej kilkunastogodzinnej wysypki z dnia 23. VI. (w dniu przybycia nie stwierdzono wysypki), to wystąpiła ona prawdopodobnie wskutek zastrzyknięcia surowicy, które jednak nie sprowadziło ciężkich objawów chorobowych w postaci choroby posurowiczej z obrzmieniem gruczołów i powiek, gdyż te ostatnie objawy z samego początku nanależy uważać za objawy zapalenia popłoniczego gruczołów i nerek: w przypadkach »Serumkrankheit« przy obrzmieniu gruczołów i powiek występuje zazwyczaj również bolesność stawów, a wysypka trwa nie kilka godzin, ale z nawrotami kilka dni.

Dla upewnienia się w rozpoznaniu, przeniesiono chorą na stacyę obserwacyjną.

27. VIII. Stan bezgorączkowy. Gruczoły u kąta żuchwy z lewej strony wielkości fasoli, z prawej grochu, niebolesne. Dziś łuszczenie strzępkowate, o wiele wybitniejsze na stopach i początek drobnego łuszczenia na brzuchu. Stolce wolne. Mocz wraz ze stolcami. Oddzielnie do słoja chora oddała 80 ctm.^{3} ciemmego moczu. Białka 0,75‰.

Wobec wystąpienia wyraźnego łuszczenia, rozpoznanie płonicy nie ulegało wątpliwości. Fakt, że w danym

przypadku łuszczenie wystąpiło tak późno, nie przedstawia nic osobliwego: właśnie w przebiegu płonicy z nieobfitą, krótkotrwałą wysypką, łuszczenie występuje zazwyczaj bardzo późno, częstokroć dopiero przy końcu 3-go tygodnia. Z drugiej strony łuszczenie to niema nic wspólnego z krótkotrwałą posurowiczą wysypką, gdyż jedynie długotrwałe (3—4 dni) wysypki posurowicze (Monti) dają nieobfite łuszczenie.

Postanowiono przenieść chorą na oddział płoniczy, lecz matka, widząc pewne polepszenie stanu dziecka, pomimo ostrzeżenia co do dalszego przebiegu, zabrała dziecko do domu.

Leczenie zapalenia popłoniczego gruczołów chłonnych niczem nie różni się od leczenia zapalenia pierwotnego gruczołów w przebiegu płonicy, — stosowano stale okłady gorące. Zalecanych skądinąd okładów lodowych nie stosowaliśmy, głównie z powodu, iż bywają przez dzieci źle znoszone. Zresztą, jak dowiodły wykonane w ostatnich czasach nadzwyczaj szczegółowe, doświadczalne anatomo-patologiczne badania Schäffera, lód zmniejsza nacieczenie przy miejscowych sprawach zapalnych tylko wtedy, jeżeli jest zastosowany w samym początku zapalenia. Jeżeli zaś pęcherz z lodem zostanie zastosowany dopiero po kilkugodzinnem trwaniu zapalenia, to nie wywiera już żadnego hamującego wpływu na zapalenie. W klinice zdarzają się tylko przypadki tej drugiej kategoryi i dlatego lód przy leczeniu miejscowych spraw zapalnych nie jest wskazany. Przeciwnie ciepło wilgotne w postaci gorących okładów do 42^0 C. zmniejsza wybitnie tworzenie się nacieczenia zapalnego.

Działanie gorących okładów polega częściowo na tem, że ciałka białe z powodu wzmożonego nasiąkania tkanek limfą (*hyperlymphia*) zostają wydalone, »wypłukane«, częściowo zaś pod wpływem ciepła wilgotnego następuje zniszczenie ciałek białych, cechujące się wystąpieniem licznych t. zw. »cieniów leukocytów« (Leukocyten-Schatten). Oprócz

»hyperlymphii« występuje nawet w głębokich warstwach wybitne przekrwienie tętnicze. Ilość drobnoustrojów również zmniejsza się. Prawdopodobnie wybitne nasiąkanie tkanek limfą, zawierającą ciała bakteryobójcze, pochodzące, być może, z owych zwyrodniałych, zniszczonych ciałek białych, stanowi główną przyczynę działania przeciwbakteryjnego okładów gorących.

Stosowaliśmy Diehlowskie okłady z waty, umaczanej w gorącej wodzie, szeroko rozpowszechnione przy leczeniu innych miejscowych spraw zapalnych, szczególniej stawów. W celu uniknięcia zniszczenia naskórka dolewaliśmy płynu Burowa (2 łyżki na szklankę wody). Okłady z waty utrzymują bardzo długo ciepło tak, że wymagają zmiany co 6—8 godzin. Wilgotną watę pokrywaliśmy ceratką, następnie suchą watą, wreszcie okład umocowywaliśmy dokładnie opaską. Przedewszystkiem pod wpływem takich okładów szybko ustępuje bolesność i stwardnienie gruczołów. Obrzmienie również zmniejsza się szybko. Mieliśmy przypadki zupełnego zmniejszenia się w krótkim czasie obrzmienia gruczołów, powiększonych do wielkości jaja kurzego lub gęsiego. Gdy pod wpływem takiego leczenia obrzmienie gruczołów nie zmniejsza się, wessanie się nacieczenia zapalnego nie następuje, stosujemy w celu przyspieszenia dojrzewania ropnia w przerwach między okładami z waty kataplazmy gorące z siemienia lnianego.

Chorzy na *lymphadenitis postscarlatinosa,* jak wogóle wszyscy chorzy na oddziale płoniczym, otrzymują codziennie 10-minutową kąpiel o ciepłocie 28° R. W razie wystąpienia wysokiej gorączki, dzieci z zapaleniem gruczołów otrzymują podobną kąpiel 2 lub 3 razy dziennie, ewentualnie zamiast kąpieli zimne koce, powtórzone 3 razy co 10 minut w ciągu $^1/_2$ godziny.

Piśmiennictwo.

Biegański: Wykłady o chorobach zakaźnych ostrych. Tom I, 1900.

Finkelstein: Erkrankungen der Tonsillen, des Pharynx und des Ösophagus w Handb. der Kinderheilk. von Pfaundler und Schlossmann. Tom II, część I, 1906.

Heubner: Lehrbuch der Kinderheilk. Tom I, 1903.

Jürgensen: Acute Exantheme w Specielle Pathol. u. Therapie von Nothnagel. Tom IV, część II, 1896.

Korsakow: Medicinskoje obozrienie. Tom 30, 1888.

Korsakow: Archiv für Kinderheilk. Tom 41, 1905.

Monti: Praktische Anleitung zur Anwendung der Serumtherapie in Kinderheilk. in Einzeldarstellungen. Zeszyt 28, 1908.

Pirquet und Schick: Die Serumkrankheit, 1905.

Schäffer: Der Einflus therapeutischer Massnahmen auf die Entzündung-1907.

Schick: Jahrbuch für Kinderheilk. Tom 62, 1905.

Schick: Die Nachkrankheiten des Scharlachs w Handbuch der Kinderheilk. von Pfaundler u. Schlossman. Tom I, część II, 1906.

Schick: Jahrbuch für Kinderheilk. Tom 65, 1907.

Przyczynek do rozpoznawania i patogenezy choroby Barlowa.

Podał

Stefan Kramsztyk.

Aczkolwiek choroba Barlowa poddana została w czasach ostatnich nader szczegółowym badaniom i opisom, a ilość opublikowanych przypadków wzrosła w ciągu kilku lat niepomiernie (dość wspomnieć o działalności wywiadowczej specyalnej komisyi, wybranej w tym celu z niemieckiego Towarzystwa pedyatrycznego), to jednak po dziś dzień ani patogeneza tego cierpienia w zupełności ustalona nie została, ani też jego nader różnorodny obraz kliniczny dostatecznie się w umysłach lekarzy utrwalić nie zdołał. Ciągle jeszcze spotyka się w literaturze przypadki wcale lub też z początku przynajmniej nierozpoznane, a wszak niewiele jest chorób, gdzie właśnie wczesne rozpoznanie i zastosowane zaraz właściwe leczenie tak świetne daje wyniki. Lekarz amerykański Griffith (Archiv of Pediatrics 1905) przytacza 40 przypadków, w których jako konsultant występował, a z których żaden przez lekarza rozpoznany nie został; niedawno zaś niezmiernie charakterystyczny przypadek opisał Triboulet[1]), gdzie u 22-miesięcznego dziecka żaden z czterech przywołanych lekarzy właściwego rozpoznania nie uczynił, i tylko dzięki matce dziecka, która przypadkowo wyczytała w gazecie o cho-

[1]) »Les difficultés de diagnostic de maladie de Barlow«. (Annales de médicine et chir. inf. 1904, Nr 2).

robie Barlowa, zastosowano z dobrym wynikiem odpowiednie leczenie. W istocie rozpoznanie choroby Barlowa nie zawsze bywa łatwe, a to w przypadkach, gdzie brakuje właśnie typowych objawów cierpienia. Tym właśnie brakiem często jednolitego obrazu objaśnić należy to, że choroba ta znana jest niedawno, i to, że w miarę bliższego jej poznawania i przypadki okazały się daleko częstszymi.

Za najważniejsze objawy choroby Barlowa uważać należy: wzrastającą niedokrwistość, bóle przy poruszeniach. obrzmienia kości długich, hematuryę, obrzmienie dziąseł, krwotoczne obrzmienie powiek, oraz wysadzenie oczu. Lecz wszystkie te objawy nie występują bynajmniej jednocześnie w każdym przypadku i nie zawsze jednakowo są wyrażone. Bywają przypadki, gdzie właśnie klasyczna trójca objawów dość słabo jest wyrażona: obrzmienia w okolicy stawów nie występują, bóle nie są silne, a krwawienia z dziąseł zupełnie niema tam, gdzie niema jeszcze zębów. Daleko rzadziej jeszcze występują krwawienia w innych częściach skóry i błon śluzowych, a także w okolicy oczu, gdzie też wywołują niekiedy wytrzeszcz. Nader ważne znaczenie kliniczne posiada mocz krwawy, często jedyny wyraźny objaw choroby. Przy tak zmiennej symptomatologii choroby często też bardzo zdarzają się błędne rozpoznania. Obok krzywicy, z którą utożsamiał do pewnego stopnia chorobę Barlowa lekarz królewiecki Möller, który pierwszy podał kliniczny i anatomiczny obraz tego cierpienia [1]), najczęściej wchodzą tu w rachubę: przymiot wrodzony (porażenie wrzekome Parrotà), ostry gościec stawowy, a w pierwszym rzędzie zapalenie okostnej i szpiku kostnego. Dla uniknięcia tych błędów najnowsza literatura pedyatryczna wskazuje na dwa środki rozpoznawcze: z jednej strony na szczególnie przy chorobie Barlowa wyrażoną, przy żadnem innem z cierpień jej podobnych tak

---

[1]) Möller: «Bericht über die medizinische Poliklinik zu Königsberg«. »Zwei Fälle von acuter Rachitis«. (Königsberger med. Jahrbücher 1859 i 1862).

silnie nie występującą wrażliwość na dotyk, z drugiej zaś na obraz rentgenowski, dzięki któremu możemy obecnie z zupełną pewnością rozpoznanie choroby Barlowa stwierdzić.

Na spostrzeganym przezemnie w klinice prof. Heubnera przypadku postaram się zilustrować oba objawy.

Lotar S. w wieku 9 miesięcy, został przyjęty do kliniki w d. 2 lipca 1906. Dziedzicznie nieobarczone dziecko do 2 tygodni otrzymywało pierś, poczem z powodu braku jakoby pokarmu u matki, było karmione flaszką, a mianowicie dostawało mleko z mączką owsianą Knorra w równych częściach. Mleko pochodziło stale z największej mleczarni berlińskiej Bollego, która produkt swój zawsze poddaje pasteryzacyi. Mleko było w domu w ciągu trzech minut gotowane. W dalszym okresie otrzymywało dziecko mleko Bollego rozcieńczone przez pół $6^0/_0$ cukrem Soxhletta, a w ostatnich 2 miesiącach mleko z mączką Kufekego (na 6 części mleka 4 części $6^0/_0$ mączki); mleko zawsze było tylko w ciągu 3 minut gotowane. W wieku 8 miesięcy, dziecko, przytrzymywane, mogło już stawać, jednakże wkrótce potem zaczynało przytem krzyczeć i podciągało w górę nóżki. Nóżki, zwłaszcza prawe kolano, stały się nader wrażliwe na dotyk. Na osiem dni przed przyjęciem do kliniki dziecko straciło apetyt, pozostało jednak raźnem. Równocześnie wystąpiły pod oczami sine pręgi; od czterech tygodni dziąsła były opuchnięte; stolec był zawsze zaparty. Stan w dniu 2 lipca przedstawiał się, jak następuje. Dziecko o wadze 6,700 gramów, dobrze odżywione; skóra jędrna, o świeżem zdrowem zabarwieniu. Muskulatura i pokład tłuszczowy zupełnie dobrze rozwinięte. Pod oczami znajdują się $^1/_2$ ctm. szerokie szaro-sine pręgi w formie półksiężyca; oprócz nich nigdzie na skórze widocznych zmian niema. Gruczoły niepowiększone; ciemiączko 4: $3/^1_2$ ctm.; zęby jeszcze niewidoczne. W sercu i płucach zmian niema, wątroba i śledziona niewyczuwalne. W moczu białka ani cukru niema, mikroskopowo pojedyncze czerwone ciałka krwi, nieco moczanów. Części składowe krwi niezmienione, ilościowo: 6,400 białych i 5,500.000 czerwonych ciałek. Ciepłota $37,8^0$. Dziecko stale trzyma nóżki ku brzuchowi przyciągnięte. Przy dotykaniu okolic stawu kolanowego, oraz kostek po obu stronach podrzuca się z bólu i głośno krzyczy. Wzdęcie kości nie daje

się wyczuć napewno, gdy tymczasem można stwierdzić zewnętrznie lekki obrzęk okolic kolanowych i kostek. Ruchy w stawach nie są bolesne. Powyżej stawów kolanowych obustronnie bolesność wydaje się najsilniejszą. Również i inne części ciała są wrażliwe na dotyk, jednakże tam niema tego wstrząsania się i nagłego krzyku po dotknięciu. Gdy dziecko zostaje podniesione z łóżka, natychmiast nogi przyciąga ku brzuchowi, jakby chciało zasłonić je przed dotykiem. Na żebrach daje się stwierdzić niebardzo silny różaniec; na nasadach kości długich zgrubienia pochodzenia krzywiczego. Wnet po ustaleniu rozpoznania zastosowane zostało odpowiednie leczenie, polegające na dostarczaniu dziecku mleka surowego, świeżego soku z owoców, surowej marchwi i t. d. Już w d. 6. VII. można było stwierdzić pewne polepszenie i zmniejszenie bólów. Tegoż dnia ciepłota podniosła się do 39,2^0 wskutek zapalenia ucha średniego. 7. VII. można było stwierdzić w osadzie moczowym nader obfite czerwone ciałka krwi i pojedyncze wałeczki ziarniste. Bóle jednak zaczęły już ustępować, a pręgi pod oczami blednąć. W d. 9. VII. już zupełnie nie można było stwierdzić bólów przy ucisku na okolice stawu kolanowego; w osadzie moczowym krwinek i wałeczków znacznie mniej było. Dziecko było jaknajzupełniej raźne. W d. 17. VII. przyplątał się lekki nieżyt oskrzeli, z objawami którego chory w d. 22. VII. wypuszczony został z kliniki.

Opisany powyżej przypadek nie przedstawiał trudności rozpoznawczych. Obok wybroczyn pod oczami i uderzającej bladości, a także krwinek w osadzie moczowym, niezmiernie wyraźnie zarysowany był tutaj objaw owego podrywania się odruchowego przy najsłabszym nawet ucisku na okolicę stawów kolanowych. Niedawno prof. Heubner[1]) zwrócił na objaw ten szczególną uwagę i porównując charakterystyczne ruchy dziecka do poruszeń pajaca na nitce, uważa go za objaw prawie patognomoniczny dla choroby Barlowa, gdyż przy żadnem innem z silnemi bólami połączonem cierpieniu, jak n. p. przy ropniu, zapale-

---

[1]) Gesellschaft der Charité-Aerzte. Posiedzenie z d. 11 lipca 1907. Por. Berliner klin. Wochenschrift Nr 44, 1907.

niu szpiku kostnego, gruźlicy stawów, objaw ten równie silnie nie jest wyrażony.

Obok tego charakterystycznego objawu posiadamy obecnie w prześwietlaniu rentgenowskiem metodę rozpoznawczą, która nietylko pozwala nam z zupełną pewnością rozpoznać chorobę Barlowa, lecz jednocześnie daje możność oryentowania się nawet w nieznacznych zmianach w tkance kostnej, oraz stwierdzenia powolnego tu nader powrotu do stanu normalnego. Wprowadzona przez Cassela[1]), udoskonalona przez Lehndorffa, Rehna a zwłaszcza przez Fraenkla metoda ta z jednej strony rzuciła snop światła na niektóre niejasne punkty w patogenezie choroby Barlowa, z drugiej zaś pozwoliła z zupełną pewnością rozpoznawać to cierpienie w okresie początkowym, gdy jeszcze ani bóle, ani wybroczyny nie występują; ta ostatnia okoliczność została już niejednokrotnie stwierdzona na drodze sekcyjnej.

Już Lehndorff[2]) na swoich zdjęciach rentgenowskich znajdował cień, który zaczyna się ostro na dolnej granicy trzonu i przebiega w linii wypukłej od jednego końca kości do drugiego. Ostatecznie jednak niezmienność tej cechy charakterystycznej obrazu rentgenowskiego dla choroby Barlowa ustanowił Fraenkel[3]), który też na anatomicznych preparatach zdołał dokładnie objaśnić jej pochodzenie. Cień ten, mający znaczenie decydujące przy rozpoznawaniu choroby Barlowa, a odpowiadający najmłodszej strefie trzonu, znajduje według Fraenkla[4]) objaśnienie swe w tym fakcie anatomicznym, że właśnie w tym odcinku trzonu ma miejsce pogmatwanie rozrzuconych tu bezładnie beleczek ko-

---

[1]) Berliner klinische Wochenschrift 1903, Nr 15.

[2]) Zur Kenntniss der Barlow. Krankheit. Archiv für Kinderheilkunde Tom XXXVIII.

[3]) Untersuchungen über die Moeller-Barlowsche Krankheit. Fortschritte auf dem Gebiete der Röntgenstrahlen. Tom VII, 1904.

[4]) Ueber die Moeller-Barlowsche Krankheit. Münchener mediz. Wochenschrift 1906, Nr 45.

stnych i wapiennych, oraz ich szczątków, a także przepojonego krwią i barwikiem szpiku podścieliskowego (Gerüstmark). Aby jednak w zupełności zrozumieć obraz rentgenowski, należy uprzytomnić sobie charakter tych spraw patologicznych, jakie przy chorobie Barlowa przedewszystkiem w układzie kostnym zachodzą. Poglądy na istotę choroby Barlowa do dnia dzisiejszego ustalone ostatecznie nie zostały. Jeszcze dziś niektórzy autorowie oddzielają zupełnie cierpienie to od gnilca właściwego, choć niezmiernie dokładne badania porównawcze Loosera[1]) wykazały niedawno, że przy obu chorobach zachodzą teżsame zmiany anatomiczne. Tegoż zdania trzymają się Schoedel i Nauwerck, którzy za najbardziej charakterystyczną cechę choroby uważają zmiany, zachodzące na granicy kości i chrząstki w szpiku kostnym, a mianowicie tworzenie się tutaj w miejsce szpiku normalnego tkanki nader w komórki ubogiej, złożonej z jednolitej substancyi międzykomórkowej, oraz z większej lub mniejszej ilości wrzecionowatych i gwiaździstych komórek; tę to tkankę, która tylko niewiele naczyń zawiera, nazwali Schoedel i Nauwerck »szpikiem podścieliskowym« (Gerüstmark). Brak komórek kościotwórczych czyli osteoblastów, pozostaje w zależności od przeobrażenia się szpiku i powoduje obniżenie się twardości beleczek kostnych, a wraz z tem skłonność do nadłamań i złamań. Looser dochodzi do wniosku, że zasadnicza istota choroby polega przedewszystkiem na skłonności do krwotoków, powstałej wskutek przewlekłych zaburzeń w odżywianiu, zmiany zaś w szpiku spostrzegane, są już tylko skutkiem krwotoków, w tymże szpiku występujących. Zupełnie przeciwnego zdania jest Ziegler[2]), który właśnie szpik kostny uważa za pierwotne źródło wszystkich innych objawów. Po-

[1]) Ueber die Knochenveränderungen beim Skorbut und bei der Barlow. Krankheit (Säuglingsskorbut). Jahrbuch für Kinderheilkunde 1905, Tom 62.

[2]) Ueber Osteotabes infantum und Rachitis. Centralblatt für Pathologie 1901, Tom 12.

dobnie i Naegeli[1]) znajduje, że charakter choroby Barlowa zależy w pierwszym rzędzie od zmian w szpiku kostnym i kościach samych, a dopiero już na pewnej wysokości rozwoju cierpienia występuje skaza krwotoczna, która nadaje piętno gnilcowi dziecinnemu. Przeciwko poglądom Zieglera przytacza Looser dowody takie, że po pierwsze szpik włóknisty spotyka się i przy innych chorobach, jak przy krzywicy, zmięknieniu kości, zniekształtniającem zapaleniu kości (ostitis deformans), kostninie (callus), ziarniniakach, którym nie towarzyszy bynajmniej skaza krwotoczna, po drugie przy niedokrwistościach właśnie następuje nie zanik, lecz rozrost komórkowych elementów szpiku kostnego; według Loosera w szpiku przy chorobie Barlowa żadnych zmian swoistych niema, a są tylko takie, jakie zawsze przy krwotokach w szpiku występują. Jacobsthal[2]) na podstawie zbadanego anatomicznie przez siebie przypadku dochodzi do wniosku, że powstała z przyczyn niewiadomych skaza krwotoczna wywołuje zanik tkanki kostnej, jednocześnie zaś wiedzie do zapalenia wytwórczego, dzięki któremu właśnie pojawia się owa tkanka z obfitemi wrzecionowatemi komórkami. Co się tyczy spostrzeganego przy chorobie Barlowa zaniku kości, to dopiero Fraenkel wykazał, że powstaje on również wyłącznie wskutek krwotoków w obrębie szpiku, oraz pod okostną. Dwa te sprzeczne poglądy na patogenezę zachodzących w kościach spraw próbuje pogodzić Schmorl[3]), który nie jest ani stronnikiem wywodów Loosera, ani też nie przyznaje wyłącznej słuszności teoryi Zieglera. Znajduje on, że pomiędzy krwotokami

---

[1]) Zur pathologischen Anatomie und zum Wesen des Morbus Barlow«. Centralblatt für allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie. Tom VIII.

[1]) Zur Pathologie der Knochenerkrankungen bei Barlow. Krankheit. Beiträge zur pathol. Anatomie 1900. Tom 27.

[2]) Ueber die Pathogenese der bei Morbus Barlow auftretenden Knochenveränderungen. Bemerkungen zu der Arbeit Loosers. Jahrbuch für Kinderheilkunde Tom 65, 1907.

w szpiku a zmianami, jakie w nim zachodzą, niema stałego stosunku; często zdarza się szpik podścieliskowy (Gerüstmark) tam, gdzie niema krwotoków, i odwrotnie. Podobnież i zanik kości nie zależy bezpośrednio ani od krwotoków, ani też od zmian w szpiku i stanowi objaw samodzielny. Wszystkie spotykane przy chorobie Barlowa objawy w kościach są wynikiem pewnej niezbadanej dotychczas przyczyny, oddziaływającej szkodliwie jednocześnie na naczynia kostne, na komórki szpiku, oraz na komórki kościotwórcze. Że zmiany w kościach mogą pojawiać się w najwcześniejszym okresie choroby, kiedy ani krwotoki, ani też przekształcenia w szpiku jeszcze nie następują — tego właśnie dowodzą charakterystyczne obrazy rentgenowskie, które obok decydującej roli w rozpoznawaniu, rzucają też światło na przebieg całej sprawy. Ów charakterystyczny swoisty cień poprzeczny na kościach długich stwierdził Rehn [1]) w kilku przypadkach, w których jeszcze nie wystąpiły żadne inne objawy, oprócz odrazy do dotychczasowego pokarmu, niesypiania, złego usposobienia i nieprzybywania na wadze. Słusznie twierdzi na tej zasadzie Rehn, że właściwy początek sprawy patologicznej przy chorobie Barlowa sięga daleko wstecz poza dotychczas za pierwsze uznawane objawy.

Charakterystyczny cień nietylko pojawia się w najwcześniejszym okresie choroby, lecz jednocześnie pozostaje widocznym jeszcze w ciągu kilku nawet miesięcy na obrazie rentgenowskim i dowodzi, jak powoli przy ogólnym zupełnie dobrym stanie powracają do stanu normalnego delikatne zmiany w układzie kostnym.

Na zdjęciach, dokonanych na opisanym powyżej przypadku przez zarządzającego gabinetem rentgenowskim kliniki, asystenta Dr Reyhera, dokładnie dają się stwierdzić cechy obrazu rentgenowskiego, charakterystyczne dla

[1]) Weiterer Beitrag zur Kenntniss der Barlow. Krankheit. Medizinische Klinik Nr 30, 1907, oraz tamże 1907, Nr 9.

choroby Barlowa. Jedno zdjęcie (Fig. 1) zostało dokonane podczas pełnego rozwoju cierpienia w d. 8 lipca, drugie zaś (Fig. 2) w d. 29 lipca w 3 tygodnie później, kiedy już wszelkie objawy choroby ustąpiły. Więc przedewszystkiem na Fig. 1., wyobrażającej okolicę prawego stawu kolanowego, wybitnie wyrażony jest ów cień poprzeczny na granicy trzonów kości udowej i goleniowych. Gdy na obrazie rentgenowskim kości normalnej można dostrzedz deli-

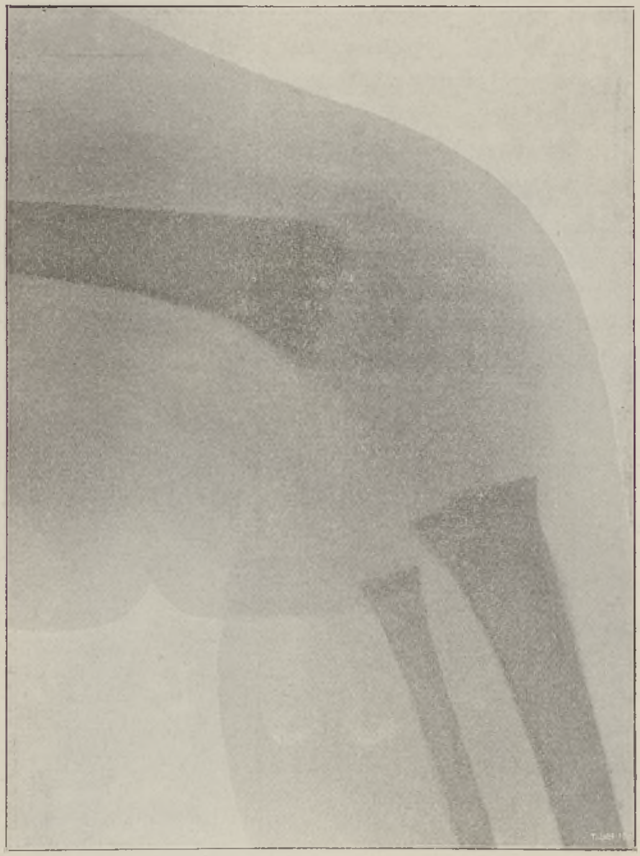


Fig. 1.

katny układ beleczek kostnych aż do samego końca trzonu, to na podanej tu rycinie daje się zauważyć zupełne zamazanie struktury beleczek, które w końcu gubią się w tym właśnie cieniu. Beleczki zarówno w substancyi gąbczastej,

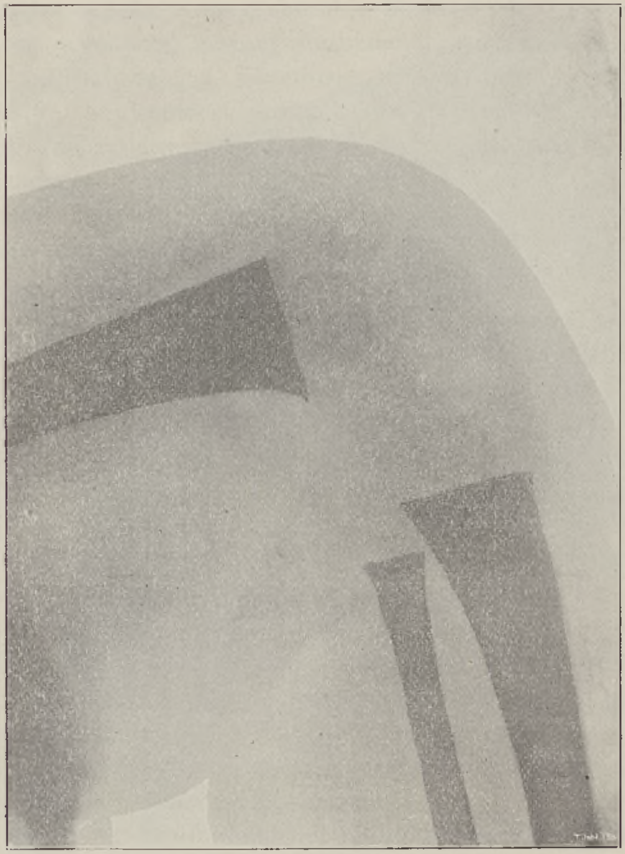


Fig. 2.

jak i w sąsiedniej korowej ulegają redukcyi, a na miejsce normalnego szpiku występuje wyżej opisany szpik podścieliskowy. Obok tego cienia poprzecznego na tejże rycinie można dostrzedz ciemne linie, idące wzdłuż kości na

zewnątrz trzonu. Linie te spowodowane są przez krwotoki do okostnej, wywołujące następczo powstawanie w tych miejscach narośli kostnych, jak to objaśnił Lehndorff Na Fig. 2, wyobrażającej tenże prawy staw kolanowy, obie cechy charakterystyczne dają się jeszcze dokładnie stwierdzić, aczkolwiek nie są tu już tak ostro zarysowane. I z tego przykładu wnosić można o tem, jak powoli postępuje sprawa wyzdrowienia w samych kościach. Powolny ten postęp stwierdził też obok Fraenkla niedawno Klotz[1]) na szeregu zdjęć rentgenowskich w ciągu paru miesięcy dokonywanych.

Mniej jeszcze wyjaśniona jest dzisiaj sprawa etyologii choroby Barlowa. Faktem jest, że wyłącznie prawie, z niezmiernie rzadkimi wyjątkami[2]), zdarza się ona u dzieci karmionych sztucznie, a występuje przytem tem częściej, im bardziej złożonym procedurom podawany pokarm podlega. Tak n. p. pierwsze przypadki gnilca dziecięcego w Szwajcaryi pojawiły się dopiero z chwilą wprowadzenia tam mleka »homogenizowanego«[3]). Istotną i praktycznie ważną sprawą jest tutaj to, czy choroba Barlowa powstaje przez wypadnięcie z mleka substancyi, koniecznych do należytego odżywiania się ustroju, czy też przez pojawienie się w niem materyi szkodliwych. Zmiany te, w mleku następujące, są w każdym razie natury tak delikatnej, że nie dają się uchwycić nawet przy dzisiejszych udoskonalonych metodach badania. »Etyologia choroby Barlowa«, powiada Bunge, »pozostaje równie ciemną, jak i etyologia starego klasycznego gnilca, i dotychczas nie udało się drogą doświadczeń na zwierzętach osiągnąć cokolwiek w kierunku wyświetlenia tej sprawy«.

---

[1]) Zur Röntgen-Diagnose des Säuglingsscorbuts (Barlowsche Krankheit). Monatsschrift für Kinderheilkunde, kwiecień 1908.

[2]) Por. Freund. Zur Kenntniss der Barlow. Krankheit (Brustkind). Deutsches Archiv für klin. Medizin 1906, Tom 86.

[3]) Por. Säuglings-Scorbut bei Ernährung mit homogenisierter Berner Alpenmilch von Dr Bernheim-Karrer. Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte 1907, Nr 19.

O zachowaniu się chlorków w moczu w płonicy i w jej powikłaniach.

Podał

Prof. Dr. Jan Raczyński,

prymaryusz oddziału.

Badania nad zachowaniem się chlorków w stanie chorobowym nerek, określanym zwykle nazwą choroby Brighta, mają dla naszej nauki doniosłe znaczenie. Z jednej strony rzuciły one nowe światło na sprawy, rozgrywające się w nerkach w czasie tej choroby, pozwoliły ocenić stan anatomiczny i sprawność fizyologiczną tego narządu, — z drugiej, znalazły zastosowanie praktyczne, stały się punktem wyjścia dla nowoczesnego leczenia.

Wiemy ze wspomnianych badań, że wprowadzenie, względnie odjęcie ustrojowi chlorków, idzie równolegle z pojawieniem się, względnie ustępowaniem obrzęków, a wyciągając z tego korzyść praktyczną dla naszych chorych, żywimy ich w przebiegu choroby Brighta pokarmami bezsolnymi. Nie można jednak przypuszczać, aby badania dotychczasowe — mimo to, że dały wyniki niemal matematycznie ścisłe, — wyjaśniły już zupełnie cały szereg nader ciekawych zjawisk; przeciwnie raczej stwierdzić należy, że nasuwają one coraz to nowsze pytania, czekające na rozwiązanie. Czeka dotychczas na wyjaśnienie sprawa zachowania się chlorków, względnie szkodliwości soli w okresie przed pojawieniem się klasycznych objawów zapalenia nerek w tych chorobach, które, jak to z doświadczenia wiemy,

często się wikłają z zapaleniem nerek. Mam tu na myśli przedewszystkiem płonicę; wiemy, jak często po tej chorobie występuje zapalenie nerek, przypuszczamy, że istnieją czynniki szkodliwe, które je wywołują, a jednak przez badania nad zachowaniem się chlorków nie zostało stwierdzone, czy do tych szkodliwych czynników nie zaliczyć także dyety, która nie usuwa chlorków. Wprawdzie wielu klinicystów, opierając się na analogii z dobrych wyników leczenia w rozwiniętem już zapaleniu, stosuje dyetę bezsolną od samego początku płonicy (tak postępuje się na moim oddziale płoniczym w szpitalu dla dzieci im. św. Zofii; podobną dyetę bez solną wprowadził także Dr Brudziński w Łodzi [1]), jednak ten sposób postępowania nie ma oparcia na odpowiednich badaniach przy łóżku chorego, gdyż takich badań dotychczas nie przeprowadzono.

Pewne uzasadnienie znalećby mógł ten sposób postępowania w doświadczeniach, przeprowadzonych przez Castaigne i Rathery [2]), z których wynika, że u zdrowych zwierząt wprowadzenie zgęszczonych rozczynów soli do przewodu pokarmowego lub podskórnie wywołuje białkomocz i zmiany w nerkach, u zwierząt, dotkniętych poprzednio zmianami w nerkach, objawy powyższe występują w znacznie wyższym stopniu.

Castaigne przeprowadził również cały szereg doświadczeń u ludzi nad zachowaniem się nerek pod wpływem podawania większych ilości soli i przekonał się, że u pewnej liczby osobników zdrowych nawet znaczne ilości soli białkomoczu nie wywołują, natomiast w niektórych przypadkach spostrzegać się daje pojawienie się białka, co Castaigne tłómaczy większą wrażliwością nabłonków nerkowych, »wątłością« nerek, która to wrażliwość może być wrodzona lub nabyta. Na podstawie tych doświadczeń przy-

---

[1]) Porównaj streszczenie odczytu Schoenaicha w Sekcyi pedyatr. X. Zjazdu lek. i przyrodników polskich, str. 145,

[2]) Semaine medicale 1905, p. 312.

puścić należy, że wprowadzenie choćby zwykłych ilości soli nie może być obojętne dla nabłonków w chwili, kiedy one wydalają jady płonicze z ustroju, a przypuszczenie to zdaje się dostatecznie uzasadniać stosowaną dyetę bezsolną w płonicy. Mimo to jednak stwierdzić należy, że niema dotąd odpowiednich badań nad zachowaniem się chlorków w płonicy i wpływu wprowadzenia większych lub mniejszych ilości soli na częstość powikłania ze strony nerek.

Prócz tej sprawy należałoby jeszcze roztrząsnąć pytanie, jak się zachowują chlorki bezpośrednio przed ujawnieniem się popłoniczej choroby nerek. Pytanie to tem bardziej wymaga rozstrzygnięcia, że tą drogą moglibyśmy może dojść do oznaczenia chwili powstania zapalenia nerek, co, jak wiadomo, jest sprawą sporną. Niektórzy autorowie (Soerensen) twierdzą, że zapalenie nerek nie wtedy się rozpoczyna, kiedy my już stwierdzić je możemy badaniem moczu, lecz znacznie wcześniej, ale klinika nie posiada jeszcze sposobów, zapomocą których mogłaby uchwycić chwilę rozpoczęcia się zapalenia.

Nader ciekawe pod tym względem, a jedyne w piśmiennictwie, jest spostrzeżenie Gluzińskiego, które pozwolę sobie w krótkości przytoczyć. Chłopiec 15-letni przebywa prawidłową, średnio ciężką płonicę. 21-go dnia choroby nudności, wymioty, obrzęki, mocz skąpy, mętny, w osadzie wałeczki ziarniste, czerwone ciałka i t. d., jednak bez białka i bez chlorków. Białko pojawia się dopiero w kilka dni później, choć niewątpliwie zapalenie nerek rozpoczęło się z chwilą wystąpienia u chorego przytoczonych objawów i zniknięcia chlorków. Wobec tego przypuszcza Gluziński istnienie w zapaleniu nerek okresu, w którym nie pojawia się w moczu białko, a znikają chlorki: *stadium achloricum sine albumine.*

Wobec ważności powyższego spostrzeżenia dla kliniki należałoby badać większą ilość chorych w tym kierunku i stwierdzić, czy objawy tego rodzaju są regułą, czy wy-

jątkiem, kiedy i wśród jakich warunków się pojawiają, czy można je zużytkować do rozpoznania i rokowania.

I to także było celem mojej pracy; postanowiłem bowiem badać zachowanie się chlorków w płonicy, a w danym razie w przypadkach powikłania ze strony nerek szukać analogii z przypadkiem Gluzińskiego.

Postępowanie moje było następujące: u dzieci, przyjętych na oddział zakaźny szpitala z płonicą niepowikłaną, średnio ciężką, we wczesnym okresie choroby, zbierano codziennie mocz z całej doby i oznaczano w nim ilościowo chlorki (Volhard-Salkowski). Prócz tego poszukiwano kilkoma sposobami białka i badano osad. Przypadki najcięższe płonicy musiały być z tych badań wyłączone, gdyż u dzieci tych, nieprzytomnych, zachodziły trudności w zebraniu całej ilości moczu, co dla naszych badań było warunkiem koniecznym.

Jeżeli mieliśmy wysnuwać jakiekolwiek wnioski z ilości chlorków wydalonych w moczu w ciągu doby, to należało także wiedzieć, ile chlorków na dobę do ustroju się wprowadza, bo tylko w ten sposób mogliśmy wyrobić sobie zdanie o sprawności nerek co do wydalania chlorków. Dlatego też uregulowaliśmy w ten sposób dyetę chorych badanych, że ilość chlorków wprowadzonych była codziennie ta sama. Podawano dzieciom badanym codziennie tę samą ilość (1 litr) mleka, $^1/_2$ litra niesolonego kleiku lub też kaszy i 50 gramów suszonej, w domu pieczonej bułki o znanej, zawsze tej samej ilości soli. Ilość wprowadzonych chlorków obliczyliśmy na około 4 gramy na dobę.

Badania dokonywano od drugiego dnia pobytu w szpitalu do ukończenia 4-go tygodnia choroby, gdyż to jest czas, do którego zwykle pojawiają się powikłania ze strony nerek.

Rzecz jasna, że w chwili przyjmowania chorego i rozpoczęcia badania na początku choroby nie mogliśmy przewidzieć, jaki będzie przebieg płonicy i jakie powikłania; stąd

też pochodzi, że, jak to później zobaczymy, na 5 badanych przypadków, w jednym tylko spotkaliśmy się z zapaleniem nerek.

Ogółem badałem 5 przypadków; 3 z nich przebiegały bez żadnych powikłań, jeden powikłany ciężką zmianą w gardle i następowem ropieniem gruczołów, jeden powikłany ostrem zapaleniem nerek.

Pierwszy przypadek badany dotyczył 5-letniego chorego Cz., przyjętego 22/8. W drugim dniu rozwiniętej typowej średnio ciężkiej niepowikłanej płonicy:

Dnia	23.	VIII.	ciepłota	najw.	39·	ilość	dob.	chlorków	2·37	gr.
»	24.	VIII.	»	»	39·1	»	»	»	2·19	»
»	25.	VIII.	»	»	38·7	»	»	»	2·54	»
»	26.	VIII.	»	»	38·8	»	»	»	3·10	»
»	27.	VIII.	»	»	38·3	»	»	»	3·02	»
»	28.	VIII.	»	»	37·6	»	»	»	3·61	»
»	29.	VIII.	»	»	37·6	»	»	»	2·72	»
»	30.	VIII.	»	»	37·1	»	»	»	3·96	»
»	31.	VIII.	»	»	37·1	»	»	»	3·75	»
»	1.	IX.	»	»	36·6	»	»	»	3·29	»
»	2.	IX.	»	»	36·6	»	»	»	4·21	»
»	3.	IX.	»	»	36·6	»	»	»	3·53	»
»	4.	IX.	»	»	36·6	»	»	»	4·30	»
»	5.	IX.	»	»	36·6	»	»	»	4·19	»
»	6.	IX.	»	»	36·6	»	»	»	3·97	»
»	7.	IX.	»	»	36·6	»	»	»	4·21	»
»	8.	IX.	»	»	36·6	»	»	»	3·87	»
»	9.	IX.	»	»	36·6	»	»	»	4·28	»
»	10.	IX.	»	»	36·6	»	»	»	4·01	»
»	11.	IX.	»	»	86·6	»	»	»	3·95	»
»	12.	IX.	»	»	36·6	»	»	»	3·27	»
»	13.	IX.	»	»	36·6	»	»	»	4·91	»
»	14.	IX.	»	»	36·6	»	»	»	3·56	»

Mocz badany codziennie nie zawierał nigdy białka; w osadzie, uzyskanym zapomocą centryfugi, nie znaleziono nigdy nic nieprawidłowego.

Zupełnie analogicznie pod względem przebiegu choroby i zachowania się chlorków przebiegały dwa inne przypadki J. M. l. 5., i H. Cz. l. 6.

Z przytoczonego powyżej zestawienia najwyższej ciepłoty i ilości chlorków w moczu, oddanym przez 24 go-

dzin, widzimy, że ilość dzienna chlorków waha się w nieznacznych granicach, a wahania te tłómaczymy sobie niemożnością dokładnego otrzymania moczu ściśle z 24 godzin; zauważyć też mogliśmy, że w okresie gorączkowym ilość chlorków była mniejsza (mimo tej samej zawsze ilości wprowadzonej soli), niż w okresie bezgorączkowym.

Możemy na podstawie tych przypadków wypowiedzieć zdanie, że wydalanie chlorków nie ulega w prawidłowo przebiegającej, średnio ciężkiej płonicy żadnym znaczniejszym zmianom.

Następny IV przypadek dotyczył 7-letniej dziewczynki K., przyjętej 12 sierpnia, u której stwierdziliśmy w chwili przyjęcia średnio ciężką płonicę w drugim dniu choroby. U dziecka tego w dalszym przebiegu rozwinęły się powikłania ze strony gardła, uszu, ze strony gruczołów szyjnych, które uległy zropieniu, tak, że gorączka trwała czas dłuższy, doprowadziła do wychudnienia. W moczu stwierdzano przez kilka dni (od 10—14 dnia choroby) ślad białka, w osadzie jednak nie znaleziono żadnych składników postaciowych zapalnych; wobec tego uważaliśmy ten białkomocz za wynik gorączki i zatrucia ustroju (*albuminuria febrilis*, *toxica*) bez istotnego zapalenia nerek.

Chlorki zachowywały się (porównaj krzywą Fig. 1) podobnie, jak w poprzednich przypadkach, to znaczy, ulegały dość znacznym wahaniom, jednak nie można dopatrzeć się żadnego związku między zachowaniem się chlorków, a gorączką lub wspomnianym białkomoczem.

Na podstawie tego przypadku moglibyśmy do powyżej wypowiedzianego twierdzenia dodać, że wydalanie chlorków nie ulega także zmianom w przypadkach powikłań, dłuższej gorączki i pojawienia się białkomoczu, jednak bez klinicznie wykazalnych zmian w nerkach.

Piąty przypadek dotyczył 7-letniej dziewczynki Cz., przyjętej w 5. dniu choroby. Początkowo przebieg prawidłowy, lekki; mocz bez białka, z prawidłowym osadem;

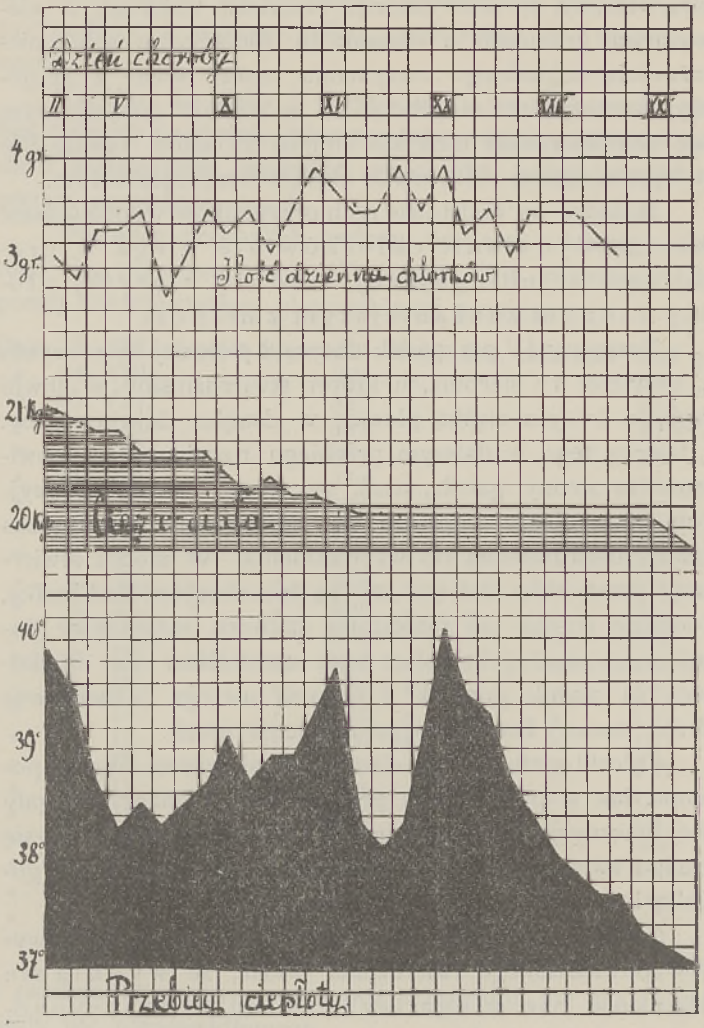


Fig. 1.

czternastego dnia pojawia się przy niezmniejszonej ilości moczu białko w znaczniejszej ilości, w osadzie znamienne wałeczki; 15-tego dnia pojawia się mocz krwawy i utrzymuje się aż do końca obserwacyi, zawsze w większej ilości. Do

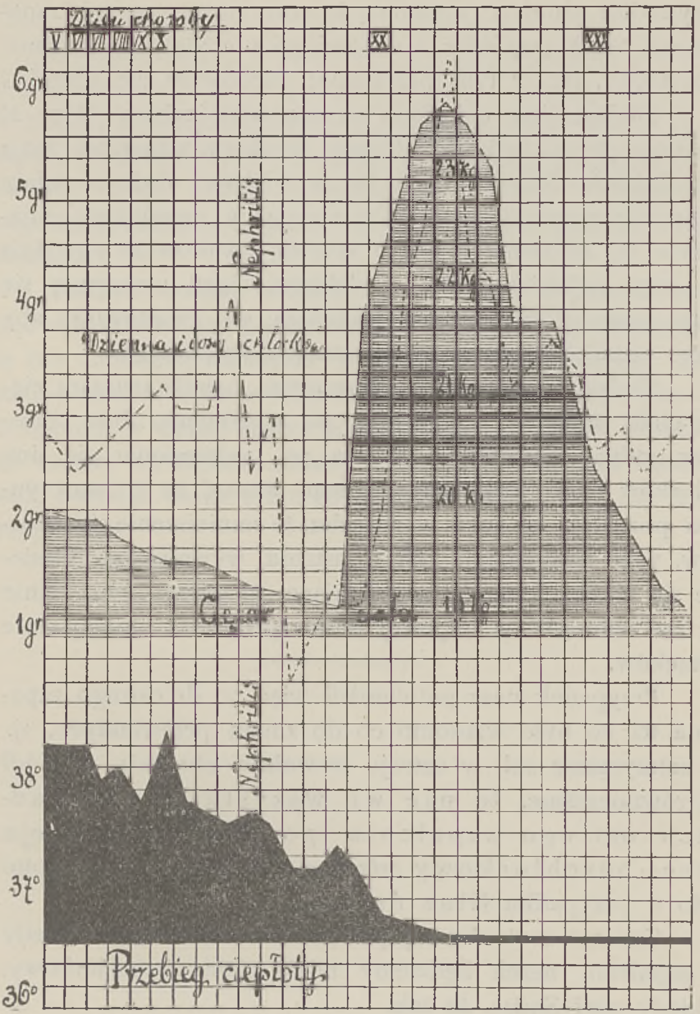


Fig. 2.

dnia 18. ciężar ciała opada — od 18-go dnia choroby stwierdzamy obrzęki, waga ciała podnosi się znacznie (przeszło 4 kilgr.), a doszedłszy 23. dnia do szczytu, opada; obrzęki zmniejszają się, czyli innemi słowy, mieliśmy w tym

przypadku płonicę, powikłaną krwotocznem, ostrem zapaleniem nerek *(nephritis haemorrhagica acuta)* i obrzękami. Zapytajmy, jak w tym przypadku zachowały się chlorki?

Śledząc linię chlorków na załączonej tablicy (Fig. 2) widzimy, że początkowo ulegając zwykłym wahaniom, mają one dążność do pojawiania się w większej ilości w miarę ubywania gorączki. Jeszcze wzrastają w przeddzień pojawienia się zapalenia nerek, a spadają gwałtownie 3-go dnia po jego pojawieniu się; w dalszym ciągu utrzymują się nizko przez 4 dni, poczem podnoszą się gwałtownie, aby znów opaść do wysokości okresu przedzapalnego.

Śledząc równocześnie płaszczyznę, przedstawiającą ciężar ciała, widzimy, że wkrótce po opadnięciu linii chlorków podnosi się ciężar ciała, a po podniesieniu się linii chlorków i on spada. Musimy stąd wnosić, że te dwa czynniki pozostają ze sobą w związku, że zmniejszenie się chlorków, więc zatrzymanie soli w ustroju, wywołuje podniesienie się ciężaru ciała (odpowiadające obrzękom), pojawianie się zaś chlorków w większej ilości sprowadza zmniejszenie obrzęków.

Przypadek nasz potwierdził więc co do ostrego zapalenia to, co było wiadomo co do zmian przewlekłych, tj., że zatrzymanie soli w ustroju wywołuje obrzęki; dowiódł on równocześnie, że nie we wszystkich przypadkach ostrego zapalenia po płonicy istnieje okres bezchlorkowy *(stadium achloricum)* tak, jak ono było w przypadku Glużińskiego.

Czy nie możnaby się pokusić o wytłómaczenie, kiedy w zapaleniu nerek będziemy mieli okres bezchlorkowy, a kiedy nie? Sądzę, że tak.

Porównanie przypadku Glużińskiego z moim już nam daje do tego podstawę. W przypadku Glużińskiego choroba rozpoczyna się obrzękiem twarzy, w moim mimo stwierdzonego zapalenia nerek obrzęków nie ma ani śladu, waga ciała spada; dopiero później chlorki zmniejszają się, waga ciała wzrasta. Wynika stąd, że okres bez-

chlorkowy pojawi się na samym początku zapalenia nerek w tych przypadkach, w których z chwilą rozpoczęcia się zapalenia zmienione nerki nie wydzielą soli i wystąpią obrzęki. W innych przypadkach wypaść może ten okres nie w początku choroby, lecz w dalszym jej przebiegu, wogóle pojawi się wtedy, kiedy wystąpią obrzęki, jako następstwo nieprzepuszczenia soli przez nerki, dotknięte sprawą chorobową.

Badanie moczu w kierunku chlorków w płonicy ma więc dla kliniki nie dość ocenione znaczenie. Zmniejszenie się lub zniknięcie chlorków w czasie już rozwiniętego zapalenia nerek ostrzeże lekarza przed mającymi się pojawić obrzękami, w czasie przed pojawieniem się białka w moczu wskaże na ciężkie zmiany w nerkach i obrzęki wtedy, kiedy badając mocz tylko co do białka, wcale się ich nie przypuszcza.

Tężyczka u dzieci w świetle nowszych badań.

Sprawozdanie poglądowe.

Podał

T. Mogilnicki (Łódź).

Tężyczkę u dzieci pierwszy opisał Trousseau w 1856 roku, uważając ją za chorobę rzadką. Następnie mało się nią zajmowano. Baczniejszą zaczęto zwracać uwagę na tężyczkę dopiero od roku 1890, kiedy na kongresie w Berlinie Escherich wykazał częstość jej występowania u dzieci i łączność z kurczem głośni. W ostatnich czasach zjawiło się wiele prac, wyjaśniających właściwości kliniczne, a w części i patogenezę tej choroby.

Przeważna większość autorów dzieli tężyczkę na jawną (manifeste Tetanie) i utajoną (latente Tetanie).

Finkelstein wprowadza nowy uogólniający termin »spasmophile Diathese« (»spasmophiler Zustand« Heubnera) — skaza kurczowa. Rozumie on przez to pewną nienormalną właściwość układu nerwowego dzieci, wyrażającą się we wzmożonej pobudliwości układu nerwowego na bodźce elektryczne i mechaniczne. Na tle tej wzmożonej pobudliwości u niektórych chorych powstawać mogą ogólne kurcze lub drgawki (tężyczka, kurcz głośni, drgawki kloniczne). Według tej więc terminologii tężyczka jest jednem z najwyższych ogniw skazy kurczowej.

Escherich odrzuca proponowaną nazwę spasmofilii, uważając zwiększoną mechaniczną i elektryczną pobudliwość układu nerwowego bez drgawek i kurczów jako »tetanoider Zustand«, a z chwilą, kiedy do niej dołączają się kurcz głośni, kurcze kończyn lub ogólne drgawki, jako tężyczkę, a mianowicie »Tetania infantum« do 3 lat, »Tetania puerorum« po 3 latach. Typowym objawem tężyczki jawnej jest toniczny bolesny kurcz kończyn, występujący bez utraty przytomności. W kurczu tym ręce są przykurczone, palce ułożone jak u położnika (main d'accoucheur), nogi również zgięte, końsko-szpotawe. Próby rozgięcia kończyn

natrafiają na bolesny opór. Kurcze te powstają nagle, trwają kilka godzin lub nawet dni i przez cały czas są bolesne. W cięższych przypadkach kurcz przechodzić może na kręgosłup i głowę. Udział twarzy wyraża się w stężeniu mięśni mimicznych, zmarszczeniu czoła, wydłużeniu ust w postaci ryjka. O ile kurcz trwa dłużej, może wystąpić obrzęk tylnej powierzchni stóp i dłoni.

Powyższy charakterystyczny obraz chorobowy nie wystarcza jednak do stanowczego rozpoznania tężyczki, może on bowiem występować, chociaż rzadko, przy histeryi w tak zw. nibytężyczce (pseudotetania) histeryków lub przy organicznych chorobach mózgu. Dla upewnienia się w rozpoznaniu stwierdzić należy zwiększoną pobudliwość układu nerwowego na bodźce elektryczne i mechaniczne. Nadwrażliwość ta wyraża się w 3 objawach, tak zw. trójcy objawów tężyczki (Latenzsymptome): objawie Trousseau, Chwostka i Erba. Dwa pierwsze wskazują na nadwrażliwość mechaniczną, ostatni na elektryczną. Objaw Trousseau, jak wiadomo, polega na tem, że w okresie wolnym od kurczu ucisk w okolicy *sulcus bicipitalis internus* lub ucisk opaską elastyczną ramienia powyżej łokcia wywołuje po kilku minutach typowy kurcz na danej kończynie z ułożeniem palców jak u położnika.

Drugim objawem mechanicznej wzmożonej pobudliwości układu nerwowego jest objaw twarzowy (Facialisphänomen), zwany objawem Chwostka, wyrażający się skurczem wszystkich gałązek nerwu twarzowego przy uderzeniu po policzku w okolicy pnia tego nerwu. Trzecim — jest wzmożona pobudliwość nerwów obwodowych na prąd galwaniczny, czyli objaw Erba.

Objaw Trousseau, któremu większość autorów przypisuje wielkie znaczenie rozpoznawcze, nie jest stałym; brak jego nie przemawia przeciw rozpoznaniu tężyczki, z drugiej strony, jak to wykazali Charcot i Krafft-Ebing, występować może i przy histeryi. I objawowi Chwostka tylko pewne w obecnej chwili przypisują znaczenie; wprawdzie można go najczęściej stwierdzić przy tężyczce, lecz nie we wszystkich przypadkach. Spotykano objaw ten i w przebiegu innych chorób: Hochsinger i Kräpelin w przypadku obrzęku śluzowatego, Schlesinger, Escherich, Frankl-Hochwarth u dzieci prawidłowych, inni autorzy przy histeryi lub neurastenii. Jedynie pewne rozpoznawcze znaczenie ma objaw Erba. Według Hausera i Kraushara dla rozpoznania utajonej tężyczki wystarczają objawy Erba i Trousseau, dla Eschericha — objawy Erba i Chwostka. Thiemich zaś uważa, że dla rozpoznania utajonej tężyczki (spasmophilia) wystarcza stwierdzenie elektrycznej nadwrażliwości układu nerwowego.

Objaw Erba jest stanowczo najstalszy i najważniejszy, spotyka się go we wszystkich przypadkach jawnej i utajonej tężyczki, występuje on znacznie wcześniej, niż kurcze, trwa przez cały czas jawnej choroby i pozostaje przez tygodnie całe po przejściu drgawek lub kurczów. Dla rozpoznania wystarcza zba-

danie jednego nerwu, np. n. pośrodkowego (medianus) lub n. strzałkowego (peroneus). Erb pierwszy wykazał zwiększoną pobudliwość elektryczną układu nerwowego przy tężyczce dorosłych, to samo potwierdziły badania całego szeregu autorów (Escherich, Ganghofer, Kalischer, Burchardt) co do tężyczki dziecięcej. Dla braku jednak badań nad pobudliwością układu nerwowego zdrowych dzieci, nie można było ściśle odgraniczyć wzmożonej pobudliwości od prawidłowej. Dla wypełnienia luki w omawianej sprawie Mann i Thiemich przeprowadzali badania nad dziećmi, zglaszającemi się do kliniki i polikliniki we Wrocławiu. Mann badał dzieci zdrowe, przeważnie karmione piersią, Thiemich te, u których można było stwierdzić jakibądź objaw utajonej tężyczki. Badania Manna nad 56 dziećmi do lat $2^1/_2$ pozwoliły określić prawidłową pobudliwość dziecięcego systemu nerwowego. Z wyników tych wypływa przedewszystkiem potwierdzenie danych Westphala, że pobudliwość układu nerwowego niemowląt w pierwszych tygodniach życia jest mniejsza, niż u dzieci starszych. Jako granicę tej zmniejszonej pobudliwości Westphal przyjmuje 5 tygodni, zaznaczając niemożliwość ścisłego odgraniczenia, według zaś obliczeń Manna granicę tę należałoby przesunąć do 7 tygodni. Z 13 badanych dzieci do 8 tygodni i 43 po 8 tygodniach wypływają następujące liczby średnie:

	farad. odstęp cewek mm	S. Z. K.	S. Z. A.	S. O. A.	S. O. K.
Młodsze dzieci (do 8 tyg.)	83,1	2,61	2,92	5,12	9,28
Starsze dzieci (po 8 tyg.)	110,4	1,41	2,24	3,63	8,22

S. Z. K. — Skurcz zamknięcia katoda.
S. Z. A. — Skurcz zamknięcia anoda.
S. O. A. — Skurcz otwarcia anoda.
S. O. K. — Skurcz otwarcia katoda.

Z tablic tych, w porównaniu do danych Stintzinga i Westphala, zebranych przy badaniu prawidłowej pobudliwości dorosłych, wypływa, że mała pobudliwość układu nerwowego do 8. tygodnia ustępuje zwiększonej nieco pobudliwości po 8 tygodniach, pobudliwość ta jednak u zdrowych dzieci jest mniejsza, niż u dorosłych. Wyniki Manna stoją w pewnej sprzeczności z danemi, otrzymanemi przez Soltmana przy doświadczeniach na zwierzętach. Badacz ten wykazał, że pobudliwość nerwowa młodego

zwierzęcia stale zwiększa się od 6-go tygodnia, następnie zaś jest większa, niż u zwierząt starych.

Thiemich, badając dzieci chore na jawną lub utajoną tężyczkę, otrzymał następujące liczby średnie:

	S. Z. K.	S. Z. A.	S. O. A.	S. O. K.	
Dzieci z jawną tężyczką	0,63	1,11	0,55	1,94	M. A.
Dzieci z utajoną tężyczką	0,7	1,15	0,95	2,23	

Rozpatrując te dane Mann i Thiemich zwracają uwagę, że chociaż średnie liczby, otrzymane przy zamknięciu katody (S. Z. K.), znacznie są wyższe u dzieci zdrowych, jednak u pojedynczych dzieci zbliżać się one mogą bardzo do siebie i dlatego też na zasadzie S. Z. K, nie można stanowczo twierdzić o prawidłowej lub chorobowej pobudliwości; to samo w części powiedzieć można przy skurczach anodowych. Znamienną jednak dla tężyczki rzeczą jest odwrotny stosunek S. Z. A, do S. O. A., niż u prawidłowych dzieci: skurcz przy otwarciu anody wcześniej występuje, niż przy jej zamknięciu. Znamienną jednak dla tężyczki rzeczą jest zachowanie się nerwów względem otwarcia katody (S. K. O.). Wartości ponad 5 M. A. uważane być mogą za prawidłowe, natomiast poniżej 5 M. A. zawsze są objawem chorobowym, właściwym tężyczce. Dla praktyki życiowej można ograniczyć się więc do badania jednego nerwu, np. n. pośrodkowego na S. K. O. Gdy dla Thiemicha, Finkelsteina, Manna i innych wskaźnikiem rozpoznawczym tężyczki jest zachowanie się obwodowych nerwów względem otwarcia katody, to Pirquet odróżnia dwa rodzaje wzmożonej pobudliwości elektrycznej: anodową i katodową, obydwa uważając za chorobowe, — pierwszy z nich jako postać lżejszą. Gdy Mann przyjmuje za objaw prawidłowy S. O. A. do 3,6 M. A. (miliamper), to Pirquet już poniżej 5 M. A. dla S. O. A. uważa za chorobowy.

Prócz wyżej wymienionej trójcy objawów utajonej tężyczki (spasmophilia) opisywano i inne, mniej stałe, mające znaczenie drugorzędne; do takich należy »Mundphänomen« Eschericha, polegający na tem, że lekkie uderzenie kąta ust lub górnej wargi u dziecka śpiącego wywołuje skurcz mięśnia okrężnego ust po stronie przeciwnej — usta układają się jak do świśnięcia; »Lippenphänomen« Thiemicha — uderzenie po wardze wywołuje wydłużenie się ust; — następnie zaburzenia naczynioruchowe w po-

staci rumienia lub pokrzywki, spostrzegane przez Finkelsteina. Do objawów też tężyczki zalicza Uffenheimer t. zw. twarz tężyczkową — »Tetaniegesicht«. Według tego autora, dzieci chore na tężyczkę mają właściwy wyraz twarzy, zupełnie inny, niż dzieci zdrowe. Na twarzy zamiast dziecięcego wyrazu odbija się rodzaj troski, czy zadumy. Objaśnia to Uffenheimer pewnem napięciem mięśni twarzy, jakby bardzo lekkim kurczem tonicznym. To samo w stopniu bardzo silnym występuje przy tężcu jako śmiech kurczowy (risus sardonicus). Według wymienionego autora objaw ten może dlatego mieć wielkie znaczenie, że, zwracając na siebie uwagę, zniewala lekarza do dokładnego zbadania innych objawów tężyczki.

Prócz wyżej opisanego typowego kurczu kończyn, do jawnej tężyczki zaliczają przeważnie kurcz głośni (laryngospasmus) i drgawki kloniczne, chociaż w tym względzie istnieje wielka różnorodność poglądów. Gdy Escherich i Loos uważają kurcz głośni jako objaw dla tężyczki charakterystyczny (według Loosa: »kein Laryngospasmus ohne Tetaniesymptome«), to inni, jak Kassowitz, Cassel i Hauser zaliczają go do objawów krzywicy, Monti i Kalischer przeczą wszelkiemu związkowi tężyczki i kurczu głośni; Ganghofer przeciwnie uważa kurcz głośni za objaw prawie stale towarzyszący tężyczce: stwierdził on na 105 przypadków kurczu głośni tężyczkę 99 razy. Gay na 50 przypadków kurczu głośni stwierdził tężyczkę w 47 przypadkach.

Kurcz głośni w lekkich postaciach wyraża się tylko głośnym świszczącym wdechem, w cięższych — wydechowym bezdechem (expiratorische Apnoë). Dziecko blednie, sinieje, może chwilowo stracić przytomność lub mieć ogólne drgawki i przestaje zupełnie oddychać, po kilkudziesięciu sekundach lub 1—2 minutach bezdech przechodzi, lecz kurcz głośni zostaje i dlatego też wdech bywa ostry, świszczący, stenotyczny. Częstość napadów bywa rozmaita; u jednych dzieci występują one rzadko, u innych nawet nieznaczne podrażnienie może wywołać ciężki napad; przy płaczu, oglądaniu gardła i t. p. kurcz głośni w najcięższej swej postaci zakończyć się może śmiercią. Zdaniem Finkelsteina, jest on najczęstszą przyczyną nagłej śmierci niemowląt. U niektórych dzieci z objawami tężyczki występować mogą również ogólne drgawki kloniczne, które w tych razach należy zaliczyć do objawów jawnych tężyczki (Escherich, Thiemich, Ganghofer) nawet w tych przypadkach, gdzie w wywiadach nie można było wykazać ani kurczu kończyn, ani kurczu głośni.

Według Fischla drgawki występują w przebiegu tężyczki w 18% przypadków.

Systematyczne badanie niemowląt prądem galwanicznym wykazuje ogromne rozpowszechnienie skazy kurczowej (spasmofilii), przynajmniej pomiędzy proletaryatem niemieckim. Finkelstein z pomiędzy 474 sztucznie karmionych dzieci w wieku od 3—12 mies. tylko u 210 stwierdził prawidłową pobudliwość ele-

ktryczną — S. O. K. poniżej 5 M. A. Mechaniczną nadwrażliwość spotykano rzadziej, a drgawki z wywiadów u 10% dzieci. Według danych, zebranych przez Eschericha, z 328 dzieci (0—6 mies.), badanych w Wiedniu, stwierdzono wzmożoną pobudliwość układu nerwowego (tetanoider Zustand) w pierwszym miesiącu w 2% przypadków, w 6-tym w 56,2%.

Na pobudliwość nerwową dziecka wpływać mogą rozmaite przyczyny, wahać się ona może w rozległych granicach w zależności od pożywienia, pory roku i innych czynników. Na szczególnie baczną uwagę zasługuje fakt, że skaza kurczowa występuje prawie wyłącznie u dzieci karmionych sztucznie, a u dzieci, karmionych piersią, nadzwyczaj rzadko. Według Finkelsteina u karmionych piersią w 2%, u karmionych sztucznie w 55,7%; ciężkie postaci skazy kurczowej spostrzegał wymieniony autor u dzieci karmionych piersią zaledwie 2 razy. Różnica pomiędzy sposobami karmienia występuje jeszcze wybitniej, gdy jedno i to samo dziecko zmienia rodzaj pożywienia (Finkelstein). Po kilku dniach karmienia piersią nietylko jawne objawy przechodzą, ale znika również galwaniczna nadwrażliwość, zjawiając się znowu wtedy, kiedy dziecku podawać mleko krowie. Stwierdzono również, że pobudliwość układu nerwowego zależy nietylko od jakości pożywienia, ale i od ilości, zwiększając się proporcyonalnie. Głód zupełny i podawanie wyłącznie mącznych pokarmów obniża również pobudliwość nerwową (Finkelstein, Gregor, Thiemich).

Wpływ na rozwój skazy kurczowej ma przedewszystkiem błędnie przeprowadzone karmienie sztuczne zarówno co do jakości, jak i co do ilości pokarmu i powstające stąd przewlekłe zaburzenia odżywiania. Zdaniem Eschericha sposób odżywiania wywiera wpływ na tężyczkę, ale nie w tym stopniu, jak to przypuszcza Finkelstein. Dzieci, podlegające skazie kurczowej, podzielić można na 2 typy. Do pierwszego należą dzieci tłuste, stale przekarmiane, u których bez widocznego powodu występuje kurcz głośni lub drgawki ogólne; do drugiego dzieci chore na długotrwałe zaburzenia odżywiania lub na inne wyczerpujące ustrój choroby, — u tych dzieci nawet najmniej obfita dyeta nie zdoła obniżyć nadwrażliwości układu nerwowego i uchronić od tonicznego kurczu kończyn. Pomiędzy czynnikami, usposabiającymi do tężyczki, niektórzy badacze podają usposobienie dziedziczne. Jaksch, Frankl-Hochwarth i inni stwierdzili co do tężyczki dorosłych, a Loos, Escherich, Ganghofer co do tężyczki dziecięcej, że ilość zachorowywań jest bardzo mała w lecie, wzmaga się jesienią, a największą bywa w pierwszych miesiącach roku, szczególniej w lutym i marcu. W następujący sposób według miesięcy rozłożyło się 246 przypadków, spostrzeganych przez Eschericha:

Miesiące	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII
Ilość przypadków	29	51	59	45	10	7	0	1	4	2	21	16

Prawdopodobnie wpływ ujemny wywiera tutaj brak powietrza i światła, trzymanie dzieci w zamkniętych mieszkaniach przez całą zimę.

Znamienną dla tężyczki rzeczą jest występowanie bardzo częste w jednych miejscowościach, np. w Gracu, Wiedniu, gdy natomiast w innych, np. Paryżu, Monachium, zdarza się ona rzadko.

Jednem z najczęstszych zaburzeń ustroju, spotykanych u dzieci ze skazą kurczową, jest krzywica. Kassowitz i jego zwolennicy uważali nawet tężyczkę za nerwowe zaburzenia, właściwe krzywicy. Kassowitz objaśniał patogenezę tężyczki krzywiczem przekrwieniem płaskich kości czaszki, wywołującem zmiany krążenia w korze mózgowej. Teorya ta została zarzucona, jako nie mająca teoretycznych podstaw, tembardziej, że dane kliniczne jej przeczą. Wprawdzie prawie wszystkie dzieci z tężyczką lub kurczem głośni mają krzywicę (66—94%), wszystkie trzy choroby występują najczęściej w miesiącach wiosennych w wieku od 3 miesięcy do 3 lat, lecz bywają bardzo ciężkie postacie krzywicy czaszki bez objawów tężyczki, jak również spotyka się przypadki tężyczki u dzieci bez krzywicy. Związek pomiędzy krzywicą i tężyczką istnieje niewątpliwie, lecz nie jest on związkiem przyczynowym, tylko, jak słusznie zaznacza Escherich, obydwa stany chorobowe zależą od tych samych szkodliwych usposabiających czynników.

Właściwą przyczyną powstawania tężyczki zajmowało się wielu badaczy.

Zdaniem Uffelmana i Biederta nerwica ta, jako cierpienie wtórne, powstaje najczęściej na tle długotrwałych zaburzeń przewodu pokarmowego. Cassel przypuszcza zależność powstawania tężyczki od nieodpowiednich warunków życia. Kalischer i Ganghofer widzą jej przyczynę w zaburzeniach przemiany materyi. Concetti, Jaksch, Schlesinger, Męczkowski wyrażają przypuszczenie, że tężyczka jest chorobą zakaźną, zależną od nieznanego zarazka. Według Hoffmana istnieje współzależność epidemii tężyczki od epidemicznego cierpienia gruczołu tarczowego.

W ostatnich czasach, po stwierdzeniu przez Finkelsteina ujemnego wpływu mleka krowiego i nawet serwatki krowiego mleka na pobudliwość układu nerwowego, zaczęto doszukiwać się przyczyn tężyczki w zaburzeniach przemiany materyi w zakresie soli. Wobec tego, że mleko krowie jest 5 razy bogatsze w sole wapienne, niż mleko kobiece, Stöltzner wyraził przypuszczenie, że one to właśnie wywierają wpływ szkodliwy na układ nerwowy i że tężyczka zależy od zatrucia solami wapnia. W celu poparcia swoich teoretycznych wywodów danemi doświadczalnemi, podawał Stöltzner 6 dzieciom chorym na tężyczkę rozczyn octanu wapnia (calcii acetici) i w trzech przypadkach stwierdził wzmożoną pobudliwość układu nerwowego, podawanie zaś innych soli popiołu serwatki: *ferri lactici*, *kalii acetici*, *natri chlorati*

magn. ustae, natri phosphorici nie wywierało żadnego wpływu na układ nerwowy dzieci.

Teorya Stöltznera zajmuje zupełnie odosobnione miejsce w piśmiennictwie tego przedmiotu. Cały szereg badaczy doszedł do wprost przeciwnych wniosków. Roncoroni, Regdo i Sabbatani wykazali, że zwilżanie kory mózgowej izotonicznym rozczynem soli wapiennej obniżało pobudliwość elektryczną kory mózgowej i przeciwnie przy stosowaniu rozczynów soli, które wapno z mózgu odciągały, np. szczawianu amonowego, wzmagała się pobudliwość aż do wystąpienia drgawek. R. Quest (Lwów) robił w tej dziedzinie cały szereg badań. Z pierwszej seryi badań wypływa, że ilość soli wapiennych w mózgu u płodu i u osesków z wiekiem zmniejsza się. Gdy wskaźnik $\frac{N}{Ca}$ u płodu wynosi 79, u noworodka 94, to u dziecka po roku dochodzi do 164, a jak stwierdzono stanowczo pobudliwość układu nerwowego u noworodka jest znacznie mniejsza, niż u osesków starszych. Dzieci, które w przebiegu tężyczki zmarły w drgawkach, wykazywały bardzo małą zawartość wapnia w mózgu. U 3 takich dzieci wskaźnik $\frac{N}{Ca}$ wahał się pomiędzy 226 i 269. W drugiej seryi doświadczeń zajmował się Quest wpływem zawierającego mało soli wapiennych pożywienia na pobudliwość układu nerwowego. Karmił on dwa psy zwykłem pożywieniem, 2 inne pożywieniem wapiennem i w ostatnim przypadku spostrzegał zwiększoną elektryczną pobudliwość układu nerwowego. T. Cybulski przeprowadzał badania nad przemianą materyi dziecka chorego na tężyczkę w okresie wzmożonej pobudliwości przy żywieniu mlekiem krowiem i w czasie zdrowienia podczas karmienia piersią i wykazał, że zatrzymanie soli wapiennych w ustroju jest najmniejsze w okresie zwiększonej pobudliwości i powtarzających się drgawek (21,3%) i zwiększa się w miarę zdrowienia (88,8%). Weikert badał mózgi dwóch psów co do ilości soli wapiennych. U pierwszego, który zdechł podczas drgawek, wskaźnik $\frac{N}{Ca}$ wynosił 109, u drugiego zdrowego psa tego samego pomiotu 80,8. Bogen przeprowadzał badania nad pobudliwością 7 dzieci chorych na tężyczkę, którym dodawał do pożywienia soli wapiennych i w żadnym przypadku nie mógł stwierdzić ujemnego ich wpływu na układ nerwowy. Wreszcie Netter, stosując przy drgawkach sole wapienne, dobre opisuje wyniki.

Przy doszukiwaniu się przyczyn tężyczki u dzieci zwrócono uwagę na związek tężyczki dorosłych z gruczołem tarczowym, mianowicie stwierdzono stanowczo powstawanie tężyczki po wycięciu gruczołu tarczowego. Pineles, który w tej dziedzinie wielu dokonywał badań, dowodzi, że zarówno doświadczalna tężyczka zwierząt jak i pooperacyjna u ludzi po wycięciu wola zawdzię-

czają pochodzenie swoje odpadnięciu czynności ciałek nabłonkowych przytarczycowych (Epithelkörperchen). Ponieważ pierwotna tężyczka ludzka ma te same właściwości, co i operacyjna i tężyczka u dzieci (objawy Chwostka, Erba i Trousseau), wymieniony autor dochodzi do wniosku, że wszystkie postacie ludzkiej tężyczki, jak tężyczka robotników, ciężarnych, chorych żołądkowo-kiszkowych i dziecięca zależą od tego samego jadu tężyczkowego (Tetaniegift), który wskutek braku ciałek nabłonkowych wywiera wpływ szkodliwy na ustrój ludzki.

Punkt ten widzenia, podtrzymywany przez Eschericha i Frankl-Hochwarta, odrzucała większość badaczy z powodu tego, że dotąd prawie zupełnie nie stwierdzono zmian chorobowych w ciałkach nabłonkowych przy tężyczce. W ostatnich czasach hipoteza wpływu zmian w ciałkach nabłonkowych na powstawanie tężyczki, jak zaznacza Escherich, wysunęła się na plan pierwszy dzięki gruntownej i wyczerpującej pracy japońskiego badacza Yanasego na klinice Eschericha, który dokonał licznych badań ciałek nabłonkowych u dzieci z prawidłową i wzmożoną pobudliwością układu nerwowego. Badania anatomiczne ciałek nabłonkowych przed Yanasem wykonywali Thiemich i Erdheim. Pierwszy z nich w 3 przypadkach tężyczki nie znajdował żadnych zmian w ciałkach nabłonkowych, Erdheim (w 1903 r.) zaś w 3 przypadkach tężyczki stwierdził w nich wylewy krwawe. Yanase badał ciałka nabłonkowe u 89 dzieci (41 do roku i 48 starszych niż rok), z tych w 50 przypadkach miał sposobność badać poprzednio (w klinice Eschericha w Wiedniu) pobudliwość układu nerwowego prądem galwanicznym,

Wyniki tych porównawczych klinicznych i anatomicznych badań są następujące: Z pomiędzy 13 przypadków z prawidłową pobudliwością układu nerwowego w żadnym nie było w ciałkach nabłonkowych ani zmian chorobowych, ani wylewów krwawych. Z pomiędzy 22, w których za życia stwierdzono anodową zwiększoną pobudliwość (według wskaźnika, podanego przez Pirqueta), były wylewy krwawe w ciałkach nabłonkowych w 12 przypadkach, czyli w 54⁰/₀. Z 13 przypadków z katodową zwiększoną pobudliwością stwierdzono 8 razy wylewy krwawe, czyli w 61⁰/₀. W obu przypadkach z drgawkami były wylewy krwawe. Wpływ ciałek nabłonkowych na tężyczkę, zdaniem Yanasego, nie ulega żadnej wątpliwości, ponieważ usunięcie ciałek nabłonkowych zarówno u człowieka, jak i u zwierzęcia, wywołuje tężyczkę. Prawdopodobnie w razie zupełnego zniszczenia wszystkich ciałek nabłonkowych przez jakąkolwiek sprawę chorobową, również oczekiwaćby należało tężyczki. Przy krwawieniach jednak nawet we wszystkich czterech ciałkach nabłonkowych nie może być mowy o zupełnem ich zniszczeniu, przypuścić tylko należy częściowe uszkodzenie.

Krwawienia, jak sądzi również Erdheim, zbyt mały wpływ wywierają, żeby je uważać za jedyną przyczynę tężyczki. Prawdo-

podobnie wywołującym czynnikiem jest w tężyczce zwiększenie się trujących wytworów przemiany materyi, które u osobników z nieuszkodzonemi ciałkami nabłonkowemi mogłyby być zobojętnione, a przy uszkodzeniach w ciałkach nabłonkowych, wywołanych wylewami krwawymi, źle się zobojętniają i wywołują tężyczkę. Dla powstania więc tężyczki, według tej hipotezy, potrzeba dwóch rzeczy — uszkodzeń w ciałkach nabłonkowych i zwiększenia się toksyn w ustroju (Tetaniegift). Znajomość tego drugiego czynnika jest bardzo mała. W tych przypadkach, gdzie pomimo zwiększonej pobudliwości nerwowej nie znaleziono krwawień, Yanase przypuszcza, że jad tężyczkowy, wytworzony w ustroju, był tak silny, że nawet prawidłowe ciałka nabłonkowe nie mogły go zobojętnić. W każdym razie Yanase podkreśla fakt, że w żadnym przypadku z prawidłową pobudliwością nie było krwawień w ciałkach nabłonkowych.

Leczenie tężyczki przetworami ciałek nabłonkowych dotychczas nie dało pomyślnych wyników; wobec tego główną uwagę zwrócić należy na polepszenie ogólnych warunków higienicznych i zastosowanie odpowiedniej dyety. Ponieważ tężyczka występuje prawie wyłącznie u dzieci karmionych sztucznie, należy w miarę możności zmienić je na karmienie piersią; o ile jest to niemożliwe, zadanie lekarza polega na uregulowaniu sztucznego karmienia w ten sposób, żeby nie dopuszczać do przekarmiania i usuwać długotrwałe zaburzenia odżywiania. W cięższych postaciach tężyczki należy ograniczyć ilość mleka, zastępując je pożywieniem, bogatem w węglowodany (zupy mączne, kleiki), ewentualnie świeżemi jarzynami. Przy kurczach lub drgawkach przedewszystkiem trzeba oczyścić jelita, przez 24 godzin stosować wyłącznie wodną dyetę, a następnie dyetę mączną bez mleka. W miarę potrzeby zaleca się narkotyki (Chloralhydrat). U dzieci chudych baczyć trzeba na podniesienie ogólnego odżywiania. Poza leczeniem dyetetycznem większość autorów poleca przy tężyczce tran z fosforem.

Piśmiennictwo.

Bogen. Spasmophilie und Calcium. Monat. f. Kind. Aug. 1897.

T. Cybulski. Ueber den Kalkstoffwechsel des tetaniekranken Saüglings. Mon. f. Kind. Nov. 1906.

Escherich. »Tetanie» w Traité des maladies des l'enfance. Paris 1897.

— Begriff und Vorkommen der Tetanie im Kindesalter. Berl. klin. Woch. 1897.

— Zur Kenntnis der tetanoiden Zustände des Kindesalters. Münch. med. Wch. 1907.

Erdheim. Tetania parathyreopriva. Mitteil. aus der Grenzgebieten 1906.

Finkelstein. »Die spasmophile Diathese« w Lehrbuch der Saüglingskrankheiten 1905.

Hecker. Tetanie und Eklampsie im Kindesalter. Volkm. Sam. kl. Vor. 1900.

Japha. Ueber Haüfigkeit, Diagnose und Behandlung des Stimmritzenkrampfes Archiv. f. Kind. 1905.

Kramsztyk. Tężyczka samoistna u dzieci. Medycyna 1892.

Kraushar. Tężyczka jawna i utajona u dzieci. Medycyna 1900.

Mann. Untersuchungen über die elektrische Erregbarkeit im frühen Kindesalter. Monat. für Psych. und Neur. 1900.

Męczkowski. Przyczynek do nauki o tężyczce. Gazeta Lekarska 1901.

Pineles. Zur Pathogenese der Kindertetanie. Jahrb. f. Kind. 1907.

Pirquet. Die anodische Uebererregbarkeit der Saüglinge. Wien. med. Wch. 1907.

Quest. Ueber den Kalkgehalt des Saüglingsgehirns und seine Bedeutung. Jahrb. f. Kind. 1905.

— O wpływie karmienia na pobudliwość układu nerwowego u osesków. Przegląd lekarski 1906.

Thiemich. Funktionelle Nervenkrankheiten w Handbuch der Kinderheilkunde. (Schlossman und Pfundler).

— Ueber Tetanie und tetanoide Zustände im ersten Kindesalter. Jahrb. f. Kind. 1900.

— Anatomische Untersuchungen der Glandulae parathyreoideae bei der Tetanie der Kinder. Monatsch. f. Kind. 1906.

Stöltzner. Die Kindertetanie als Calciumvergiftung. Jahr. f. Kind. 1906.

Weigert. Der Kalkgehalt des Gehirns und seine Bedeutung. Monatsch. f. Kind. 1906.

Uffenheimer. Ein neues Symptom bei Tetanie des Kindesalters. Jahrb. f. Kind. 1905.

Yanase. Ueber Epithelkörperchen bei galvanischer Uebererregbarkeit der Kinder. Jahrb. f. Kind. 1908.

STRESZCZENIA.

F. Gofferie. **Dobowe wahania ciepłoty u zdrowych i chorych niemowląt.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde,* Sierpień, 1908).

Według Weilla, Finkensteina i Jundella krzywa dobowej ciepłoty u zdrowego niemowlęcia waha się w granicach 0,1°—0,2°. Brak większych wahań (Weill) może być nawet wskaźnikiem zdrowia niemowlęcia. Autor na zasadzie licznych badań doszedł do innych wniosków. U niemowląt istnieją dosyć znaczne wahania ciepłoty, ale największy spadek wypada nie w godzinach rannych, jak u ludzi dorosłych, lecz w pierwszych godzinach po północy. W drezdeńskim przytułku dla ustalenia krzywej prawidłowej mierzą ciepłotę trzy razy: o 2-giej w nocy, o 10-ej zrana i o 6-ej popołudniu. Wahania ciepłoty u noworodków do 3—4 tygodni są nieznaczne; następnie, im dziecko jest starsze, tem różnica pomiędzy poziomem dziennym i nocnym występuje wybitniej. Na krzywą ciepłoty wyraźnego wpływu nie wywiera ani sposób karmienia, ani ciepłota pokoju, w którym się znajduje niemowlę. Wahania ciepłoty u dzieci uzależnia autor, podobnie, jak to stwierdzili co do dorosłych Magnus-Lewy i Johanson, od wydzielania kwasu węglowego przez ustrój, względnie od działalności układu mięśniowego. Dlatego też u noworodka wahania są nieznaczne, a w miarę zwiększania się zainteresowania otoczeniem i doskonalenia zmysłów, różnica ciepłoty występuje coraz wyraźniej. Średnia ciepłota u dzieci po roku utrzymuje się na jednym prawie poziomie, natomiast u poszczególnych niemowląt różnice są duże i to tem większe, im młodsze jest niemowlę. Po części różnica zależy od warunków zakładów, w których znajdują się dzieci. Średnia ciepłota wahać się może (Jundell) pomiędzy 36,74° i 37,36°. Przyczyna tych dużych różnic pozostaje niewyjaśniona. Niedostateczne odżywianie nieznacznie tylko obniża poziom dziennej ciepłoty. Przy głodzeniu stwierdzono znaczne obniżenie ciepłoty średniej. Podczas zdrowienia po ostrych chorobach gorączkowych wracają prawidłowe wahania ciepłoty, zwykle nawet wahania są większe, niż u zdrowych dzieci. Brak wahań wskazuje na zbyt powolne zdrowienie lub na powikłania.

Stan gorączkowy u dzieci występować może bez podniesienia ogólnej ciepłoty, znikać tylko może nocne obniżenie i wtedy wahania ciepłoty są bardzo małe. *Dr Mogilnicki* (Łódź).

A. Johannessen. **Badania nad wpływem rozmaitych przyczyn zejść śmiertelnych na ogólną śmiertelność niemowląt w Norwegii.** (*Jahrbuch f. Kinderh.*, maj, 1908).

Ze wszystkich krajów Europy, najmniejsza jest śmiertelność niemowląt w Norwegii, zmniejsza się ona tam stale z biegiem lat. Gdy w latach od 1836—1840 wynosiła 14% z pośród dzieci, które na świat przyszły żywe, w 1896—1900 spadła do 9,6%, a w 1904 do 7,5%. Najgłówniejszą przyczyną tej nizkiej śmiertelności jest rozpowszechnienie bardzo znaczne karmienia piersią matki.

Do przyczyn również ważnych należy rozwój kulturalny Norwegii, a więc czystość i umiejętność pielęgnowania niemowląt, polepszenie się warunków mieszkaniowych, znikanie przesądów, powszechne szczepienie ospy i t. d.

W Chrystyanii śmiertelność niemowląt również zmniejsza się; w 1880—1889 zmarło 18,7% dzieci do roku, w roku 1901 15,2%, w r. 1906 10,1%. Najczęstszą przyczyną zejść śmiertelnych była wrodzona wątłość (angeborene Schwäche) — 223‰0, następnie zaburzenia odżywiana 181‰0. Liczba zgonów z zaburzeń narządu pokarmowego wynosiła w Chrystyanii 377‰0, podczas gdy w okręgach wiejskich zaledwie 114‰0.

Śmiertelność dzieci nieślubnych w Norwegii jest 2 razy większa, niż dzieci ślubnych i zastanawia fakt, że na zaburzenia odżywiania 3 razy więcej umiera dzieci nieprawych, niż dzieci ślubnych.

Dla wykazania wpływu systemu karmienia na śmiertelność niemowląt, autor dzieli okręgi na takie, w których kobiety przeważnie karmią piersią i na takie, gdzie przeważa karmienie sztuczne. Z pierwszej grupy zmarło dzieci ślubnych 7,70%, nieślubnych 11,87%, z drugiej ślubnych 8,48%, nieślubnych 15,66%.

Na śmiertelność niemowląt duży wpływ wywiera stopień zamożności danej klasy ludności. W Chrystyanii, w dzielnicy zamieszkałej przez ludzi zamożnych zmarło 5—8% niemowląt, w mniej zamożnych dzielnicach 9—10%, w ubogiej, robotniczej 10—12%.

Właściwością surowego klimatu Norwegii objaśnia autor duży odsetek śmiertelności na choroby dróg oddechowych (21,6%).

Z tablic porównawczych pomiędzy śmiertelnością w Norwegii i w innych krajach wypływa, że najniższa jest śmiertelność w Norwegii. Szczególnie wybitną różnicę stanowi śmiertelność z zaburzeń narządu pokarmowego: w Norwegii 262‰0, w Prusach 1126‰0, w Berlinie 1024, podczas gdy ogólna śmiertelność wynosiła 885‰0 w Norwegii, 1964 w Prusach i 2123 w Berlinie. *T. Mogilnicki* (Łódź).

F o b l e r i B o g e n. **O czasie trwania trawienia mleka w żołądku i wpływie na nie różnych czynników.** (*Monatsschrift für Kinderheilk.*, T. VII, Nr 1, 1908).

Badania Epsteina, Czernego, Wohlmanna, wykonane zapomocą zgłębnikowania żołądka, wykazały, że przy karmieniu naturalnem po $1^1/_2$—2 godzin, przy karmieniu sztucznem po 3 godzinach od przyjęcia pokarmu, żołądek jest pusty. Metody tej nie należy jednak uważać za doskonałą, gdyż chwilę opróżnienia żołądka za pomocą zgłębnikowania możemy określić niezupełnie dokładnie: albo znajdujemy żołądek już pustym, albo stwierdzamy jeszcze resztki pokarmów.

U zwierząt można otrzymać dobre wyniki, posługując się przy określaniu czasu trwania trawienia żołądkowego przetoką dwunastniczą, założoną metodą Pawłowa-Dastra.

Przy doświadczeniach na niemowlętach, Tobler i Bogen badają trawienie żołądkowe, prześwietlając okolicę żołądka promieniami Röntgena. U dorosłych, chcąc określić granice żołądka, należy do pokarmu dodać bizmutu, gdyż tylko wtedy otrzymamy na ekranie cień. U niemowląt ten dodatek bizmutu jest zupełnie zbyteczny. Gdy żołądek jest pusty, nie widzimy na ekranie żadnego charakterystycznego obrazu, gdy zaś zawiera nawet niewielką (od 5 ctm.^{3}) ilość mleka, otrzymujemy na ekranie wyraźny obraz — cień zawartości żołądka.

Posługując się tą metodą, autorzy stwierdzili, że z początku zawartość żołądka zmniejsza się szybko, dalej następuje dłuższy okres powolnego trawienia, w końcu wreszcie resztki pokarmu opuszczają żołądek bardzo szybko. Długość trawienia żołądkowego jest zależna od wielu czynników.

Przedewszystkiem już przy badaniach na zwierzętach T. i B. zauważyli, że jeżeli pies czuje się niedobrze, czy to z powodu zmęczenia, czy też zimna, lub parcia na mocz, to trawienie żołądkowe przedłuża się o $^1/_2$—1 godziny. To samo stwierdzono u dzieci. Pewien wpływ wywiera stopień głodu i długość przerw między posiłkami: pierwszy ranny posiłek zazwyczaj żołądek trawi szybciej, niż następne. Dalej zauważono wybitne różnice indywidualne: przy jednej i tej samej ilości pokarmu u różnych dzieci, długość trawienia żołądkowego bywa różna; tak n. p. przy 100 grm. mleka kobiecego u jednego dziecka trawienie żołądkowe trwało 155 minut, u drugiego zaś 185 minut. Wogóle stwierdzono, że u dzieci chorych, osłabionych i przedwcześnie urodzonych opróżnienie żołądka trwa dłużej, niż u dzieci zdrowych. Co do wpływu ilości pokarmu, to zauważono, że przy większych ilościach żołądek opróżnia się dłużej, lecz czas trwania trawienia nie zwiększa się proporcyonalnie do zwiększenia ilości mleka; naprzykład, jeżeli przy 40—50 grm. mleka trawienie u różnych dzieci trwało 55, 70, 83, 100, 155 minut, to przy zdwojonej ilości trawienie trwało dłużej zaledwie o 45, 35, 42, 85, 25 minut.

Jakość pokarmu, szczególniej zawartość w nim tłuszczu i węglowodanów, również wywiera wpływ na długość trawienia żołądkowego. Tłuszcze wybitnie przedłużają okres trawienia: przy zwiększeniu ilości tłuszczu w mleku z 0,6°—0,3°—0,0 do 7,2%—6,1%—15%, czas trawienia żołądkowego u niemowląt zwiększył się z 70—100—35 minut do 195—210—210 minut. Węglowodany zaś, o ile można sądzić z nielicznych w tym kierunku badań T. i B., jak również z badań Müllera i Penzoldta, skracają czas trwania trawienia żołądkowego.

Dalej autorzy badali wpływ rozcieńczenia mleka i na zasadzie 2 seryi doświadczeń, (z której w jednej przy stałej ilości pokarmu zmieniali ilość mleka, w drugiej przy stałej ilości mleka zmieniali ilość pokarmu, *resp.* wody) doszli do następujących wyników: przy pierwszym sposobie karmienia długość trawienia żołądkowego zmienia się zależnie od ilości mleka w pokarmie, przytem mniej więcej w takim stosunku, jaki stwierdzono przy karmieniu mlekiem nierozcieńczonem (patrz wyżej); przy drugim zaś sposobie karmienia stwierdzono, że u psów przy stałej ilości mleka wraz z powiększaniem ilości wody, długość trawienia stale skraca się, u dzieci zaś następuje zmniejszenie okresu trawienia tylko przy małych rozcieńczeniach ($1\frac{1}{2}$ wody —$\frac{1}{2}$ mleka); przy większych rozcieńczeniach ($\frac{1}{3}$—$\frac{1}{4}$ mleka) trawienie żołądkowe, przeciwnie, przedłuża się. Autorzy dawali dzieciom mleko zarówno gotowane, jak i surowe. Stałego wpływu gotowania na długość trawienia nie zauważono. W jednych przypadkach czas trwania trawienia żołądkowego przy karmieniu mlekiem surowem był krótszy, niż przy karmieniu mlekiem gotowanem, w innych zaś nie stwierdzono żadnej różnicy w długości trawienia. *Wł. Schoenaich* (Łódź).

R e e v e - R a m s e y. **O obecności pepsyny w żołądku oseska i o zależności jego siły trawiennej od kwasu solnego.** (*Jahrbuch für Kinderheilk.*, Sierpień, 1908).

Autor wykonał 47 badań w klinice Heubnera nad sokiem żołądkowym dzieci od 11 dni do 10 miesięcy. Wyniki badań były następujące: U zdrowych dzieci, karmionych piersią, zawsze znajduje się pepsyna; zwykle bywa pepsyna u dzieci chorych na ostre zaburzenia pokarmowe. Ilość pepsyny i kwasu solnego u dzieci chorych na skurcz odźwiernika bywa zwykle zwiększona. Żołądek dzieci dotkniętych zanikiem ogólnym nie zawiera pepsyny, zjawia się ona w żołądku z chwilą poprawiania się stanu ogólnego dzieci. Prawidłowy sok żołądkowy zdrowych dzieci może przerabiać białko na peptony; pepsyna może trawić białko bez kwasu solnego, a li tylko w obecności kwasu mlecznego; w soku żołądkowym może być kwas solny lub mleczny bez pepsyny, jak również pepsyna bez kwasu solnego lub mlecznego.

Dr Mogilnicki (Łódź).

L. Boissonnais. **Przyczynek do badań nad karmieniem piersią matki.** (*Arch. de méd. des enf.*, Nr. 5, 1908).

W 2 tablicach podaje autor pracowicie zebrane liczby, wskazujące: 1) ilość mleka wyssaną przez dziecko z piersi matki za każdem przystawieniem do piersi; badanie to prowadził autor w ciągu 371 dni, z czego 264 przypada na wyłączne karmienie piersią; 2) wagę dziecka w ciągu poszczególnych tygodni, ilość mleka, wyssaną w ciągu tygodnia i średnią ilość dzienną. wreszcie wskaźnik (quotient) dziennej ilości mleka, przypadającej na 1 kg. wagi: ilość ta wynosiła w pierwszych tygodniach życia 172,0 na kg., w końcu roku zaś 120,0. Liczby, podane przez autora, są naogół niższe od danych, jakie otrzymywał w licznych swych badaniach Feer. *W. Jasiński* (Łódź).

Cl. Ferreira. **Dyeta obfita w skrobię i mączno-mleczne odżywianie w zaburzeniach przewodu pokarmowego u dzieci.** (*Archives de méd. des enf.* Nr 5, 1908).

Powszechny do niedawna pogląd, że skrobia nie nadaje się do odżywiania osesków (dla braku u nich zaczynu scukrzającego) obalony został przez Heubnera, który dowiódł, że już 3-miesięczne dziecko trawi dobrze skrobię przy odpowiedniem jej stosowaniu. Liczne badania wykazały natomiast, że dyeta wyłącznie mleczna źle bywa znoszona i najbardziej uporczywe zaburzenia żołądkowo-jelitowe spostrzega się właśnie u dzieci, odżywianych wyłącznie mlekiem. Rozkład bowiem sernika sprzyja obfitemu rozmnażaniu się flory jelitowej, obecność zaś węglowodanów stwarza nieodpowiednie dla tej flory podłoże, działa więc pośrednio przeciwgnilnie. W przypadkach zaburzeń żołądkowo-jelitowych radzi autor po dyecie wyłącznie wodnej stosować najpierw kleiki na wodzie (z ryżu, arrowroot, mączki kartoflanej), pózniej zaś dodawać stopniowo mleka. Autor przytacza opinie wielu wybitnych badaczy, przedewszystkiem zaś poglądy Hutinela i Guinona, wypowiedziane już w r. 1894—1897.

W. Jasiński (Łódź).

Birk. **Odżywianie mlekiem jednolitem** (*homogenisierte Milch*). (*Monatsschr. f. Kinderheilk.*, T. VII, zeszyt 3, 1908).

Różnica między mlekiem kobiecem, a mlekiem krowiem, polega między innemi na tem, że mleko kobiece tworzy jednolitą, delikatną zawiesinę tłuszczową, mleko zaś krowie jest mieszaniną różnej wielkości kulek tłuszczowych. *A priori* można przypuścić, że trudniejsze wchłanianie się mleka krowiego w porównaniu z mlekiem kobiecem zależne jest w znacznej mierze od tej nierównomierności kulek tłuszczowych. Homogenizacya mleka krowiego polega właśnie na tem, aby zapomocą specyalnych maszyn stworzyć z mleka krowiego zupełnie jednolity płyn, w którymby kuleczki tłuszczowe były tak delikatnie zawieszone, jak w mleku kobiecem.

Maszyny homogenizacyjne w zupełności odpowiadają swemu przeznaczeniu. Co się tyczy wyników klinicznych, to one nie potwierdzają nadziei, pokładanej w mleku jednolitem. Większość autorów, którzy karmili dzieci tem mlekiem, dochodzi do wniosku, że nie ma ono żadnej wyższości nad zwykłem mlekiem krowiem. Niektórzy nawet, jak Bernheim, Bourdillon, Comby, Stoss, Lecornu i inni, spostrzegali przypadki gnilca, powstałego wskutek karmienia mlekiem jednolitem. Wyjątek stanowią spostrzeżenia Variota, który zawsze, zarówno u zdrowych, jak i u chorych dzieci, widział dobre wyniki: większy przyrost na wadze, lepsze wchłanianie tłuszczu i białka.

Doświadczenia Birka nie wypadły tak świetnie, jak Variota. Autor karmił mlekiem jednolitem dzieci zdrowe i chore, z tych ostatnich szczególniej te, u których na zasadzie charakteru wypróżnień (suche, szarobiałe), należało sądzić o patologicznem tworzeniu się mydła w kiszkach. Żadnego jednak wpływu na charakter wypróżnień, jak również na ogólny stan chorych B. nie stwierdził.

Wogóle autor dochodzi do wniosku, że mleko jednolite u dzieci zdrowych nie daje lepszych wyników, niż zwykłe mleko krowie, u dzieci chorych nie zaspakaja wskazań, któreby mogły dać powód do jego zastosowania. *Wł. Schoenaich* (Łódź).

Fr. Houssay. **Leczenie biegunek letnich u dzieci winem czerwonem w postaci przepłukiwań kiszkowych.** *(Arch. de méd. des enf.*, Nr 4, 1908).

W różnych postaciach ostrego nieżytu żołądka i jelit u dzieci stosuje autor przepłukiwania kiszkowe, używając wina czerwonego, niezbyt starego, po poprzedniem zagotowaniu; na każde płukanie bierze autor 1 litr wina ciepłego; przy płukaniu zwraca uwagę, by płyn miał wolny odpływ z kiszek (najlepiej przez rurkę rozdwojoną (à double courant); z początku stosuje autor po 3 litry, później po 2 litry dziennie, dopóki biegunka nie ustąpi (do 15 dni z rzędu). Wino ma tu mieć wpływ przeciwgnilny i wpływać na podniesienie ogólnego stanu chorych. Z 6 opisanych przez autora przypadków 4 leczono przepłukiwaniami pomyślnie, w 2 pozostałych otoczenie chorych zaniechało przepłukiwań wskutek drgawek, jakie występowały podczas leczenia. Autor usilnie zbija zarzut, jakoby drgawki w tych przypadkach miały być objawem zatrucia wyskokiem — o ile bowiem stosowane jest istotnie płukanie (nie wlewanie) i wino poprzednio gotowano, o zatruciu wyskokiem niema mowy.

W. Jasiński (Łódź).

Berkholz. **Przypadek zapalenia wyrostka robaczkowego u niemowlęcia.** *(Monatsschr. f. Kinderheilk.*, T. VII, zeszyt 3, 1908).

Opis przypadku zapalenia wyrostka robaczkowego, stwierdzonego podczas operacyi, w którym autor rozpoznał omawiane

cierpienie na zasadzie czterokrotnie powtarzających się następujących objawów: nagły początek choroby z wymiotami i wielkim niepokojem, podniesienie ciepłoty do 38,5°—39,8°, wzmożenie napięcia powłok brzusznych po prawej stronie, szczególniej podczas 2, 3, 4 napadu, większa bolesność brzucha po tejże stronie. Wypróżnienia były 2—3 razy dziennie, dobrze strawione, normalnego zabarwienia, bez zapachu gnicia, bez śluzu. Podczas napadów nie stwierdzono żadnych objawów ze strony dróg oddechowych. *Wł. Schoenaich* (Łódź).

Ruotte. **Leczenie doszczętne przepukliny pachwinowej u dzieci.** (*Arch. de méd. des enfants*, Nr 2, 1908).

Autor operował w ciągu roku 14 przypadków przepukliny pachwinowej u dzieci do lat 3: u 5 przed rokiem, u 7 w wieku od 1—2, u 2 — do 3 lat; u 5 dzieci (z tych 3 poniżej 1 roku) przepuklina była obustronna. Objawy uwięznięcia spostrzegał autor dwukrotnie: u 3- i 6-miesięcznego dziecka; nawrót widział raz jeden (we wszystkich przypadkach upłynął rok od zabiegu) u dziecka 2-letniego, którego otoczenie nie umiało zabezpieczyć opatrunku od zamoczenia. Autor wnosi, że wiek dziecka nie jest przeciwwskazaniem do zabiegu, o ile dziecko po zabiegu ma zapewnioną umiejętną opiekę; jako istotne wskazania do zabiegu podaje autor: przepukliny duże i powiększające się stale, przepukliny z jednoczesnym wodniakiem jądra, przepukliny, mające skłonność do uwięznięcia, przypadki obustronnej przepukliny. *Wacław Jasiński* (Łódź).

Ferrais-Wyss. **O nawrotach i nibynawrotach płonicy.** (*Jahrb. f. Kinderh.*, kwiecień, 1908).

Z 5 opisanych przypadków, w 2 spostrzegano nawrót pozorny, w 3 prawdziwy. Nawrotem nazywa autor powtórzenie się typowego obrazu choroby, już w okresie dalekiego zdrowienia; nawrót pozorny zaś występuje u chorych przed okresem zdrowienia i różni się od pierwotnego obrazu rodzajem wysypki, podobnej do odrowej i częstem zajęciem spojówek.

Jak nawrót, tak i nibynawrót, należą do rzeczy bardzo rzadkich. Przyczyna występowania jest nieznana, jedni przypuszczają pewną specyalną nadwrażliwość ustroju, lub usposobienie dziedziczne, inni uzależniają nawroty od samozatrucia, jeszcze inni widzą przyczynę w nowem zakażeniu z zewnątrz. W każdym razie, dopóki sam zarazek płonicy jest nieznany i przyczyna nawrotu niewyjaśniona, rzeczą jest pożądaną wszystkie powikłane przypadki płonicy możliwie odosabniać. *T. Mogilnicki* (Łódź).

M. Dawidowicz. **O płonicy urazowej.** (*Jahrbuch für Kindherheilk. Ergänzungsheft.*, 1908).

Przypadki płonicy, w których punktem wyjścia była rana, nazywa autorka płonicą urazową. Postać tę spostrzegano 51 razy.

Wszystkie przypadki podzielono na trzy grupy: Do pierwszej zaliczono przypadki płonicy po ranach przypadkowych lub oparzeniach (21 przypadków); do drugiej — w okresie poporodowym (11 przypadków); do trzeciej — w okresie pooperacyjnym (19 przypadków). Rozpoznanie płonicy opierano na typowej wysypce z następczem łuszczeniem i na malinowym języku; z powikłań spostrzegano często nieznaczne zapalenie gardła, rzadziej lekkie zajęcie stawów lub szmery w sercu. Zapalenia nerek nie było ani razu. Na gojenie się ran płonica ujemnego wpływu nie wywierała. We wszystkich przypadkach zejście było pomyślne. Wogóle płonicę urazową uważa autorka za chorobę lekką.

Dr Mogilnicki (Łódź).

P. Nobecourt i P. Merklen. **Badania nad wydzielaniem się chlorków i białkomoczem w przebiegu płonicy.** (*Arch. de méd. des enf.*, Nr 2, 1908).

Praca zawiera wyniki 19 spostrzeżeń nad wydzielaniem się chlorków w przebiegu płonicy, zależnie od sposobu odżywiania chorych dzieci: I grupa (5 dzieci) dostawała w ciągu 20 początkowych dni choroby pożywienie bez soli (kleik jęczmienny, ryż, cukier, masło); II (9 dzieci) była na dyecie mlecznej, ilość chlorków w ich pożywieniu wynosiła 2,5—3,0 na dobę; u 2 dzieci wreszcie zaczęto dodawać sól (10,0) od 14-go dnia choroby do końca 5-go tygodnia. U wszystkich dzieci określano dobową zawartość soli w moczu, oraz badano mocz co do białka. Badania wykazały, co następuje: 1) Istotnego zatrzymania się soli w ustroju w żadnym przypadku nie stwierdzono; 2) u 6 dzieci dał się stwierdzić wyraźny przełom w wydzielaniu się chlorków (*crise chlorurique*); ilość dobowa NaCl podnosiła się naprzykład od 1,87 do 8,32 i po 2—3 dobach spadała znowu do poprzedniej wysokości (praca zawiera szczegółowe dane liczbowe). Przełom ten nastąpił u czworga dzieci czwartego do ósmego dnia choroby i trwał 2—3 dni, u dwojga pozostałych przełom nastąpił później: od 18 do 22 i od 22 do 24 dnia. Zależnie od odżywiania, przełom stwierdzono w I grupie 2 razy na 5 przypadków, w II — 1 raz na 9, w III we wszystkich trzech przypadkach. Co do ciężkości przypadków, przełom stwierdzono 2 razy w lekkich postaciach płonicy, 4 zaś razy w przypadkach umiarkowanie ciężkich, — z 11 zaś przypadków, w których przełomu nie stwierdzono, 4 tylko były cięższe, 7 zaś o lekkim przebiegu. W 4-tym tygodniu choroby ilość wydzielanych chlorków była prawidłowa niezależnie od sposobu odżywienia. Białko (ślady) stwierdzono w I i III grupie we wszystkich przypadkach, w II 3 razy (na 9); białkomocz bywał wogóle nieznaczny i krótkotrwały (o innych składnikach moczu, jako też o wadze dzieci i obrzękach autorowie nie wspominają). Na zasadzie powyższych badań wnoszą N. i M., że dyeta mleczna ma przewagę nad innymi sposobami odżywiania i stosowana być

powinna w ciągu 15—20 początkowych dni choroby. Porównując dane powyższe z poprzedniemi badaniami swemi nad wydzielaniem się chlorków w przebiegu odry, stwierdzają autorowie, że u dzieci odrowych nie bywa żadnego przełomu w wydzielaniu się chlorków i zmniejszenie podawania soli w przebiegu odry jest bezcelowe. *Wacław Jasiński* (Łódź).

B. Schick. **Odczyn skórny po szczepieniu jadem błoniczym** (doniesienie tymczasowe). (*Münch. med. Wochenschr.*, Nr 10, 1908).

Pierwotne próby szczepienia toksyną zwykłej siły (*dosis letalis* = 0,03—0,04) zawiodły, autor użył więc do szczepień toksyny zgęszczonej dziewięciokrotnie (w próżni przy 300°). Odczyn podobny jest zupełnie do znanego odczynu tuberkulinowego, tu jednak częściej występują zamiast grudek pęcherzyki, wypełnione ropą, co, — jak sprawdził autor — nie zależy bynajmniej od wtórnego zakażenia. Odczynu brak u osobników, uodpornionych biernie przez wstrzyknięcie na 24 godziny przed szczepieniem 1500—3000 j. surowicy; wstrzykiwanie surowicy jednocześnie ze szczepieniem również znosiło odczyn, po wstrzyknięciu zaś surowicy w 1—4 godzin po szczepieniu odczyn bywał bądź dodatni, bądź ujemny. Autor stosował również mieszaninę toksyny z antytoksyną (1 cm^3 toksyny + 0,1 do 0,5 cm^3. surowicy); zauważył przytem, iż odczyn najczęściej występował, lecz ginął zato znacznie wcześniej, niż po zastosowaniu samej toksyny. Z chorych na błonicę, nie leczonych surowicą (przypadki ograniczonej błonicy gardła u starszych dzieei) na 22 szczepienia otrzymał autor 21 razy wynik dodatni, 1 raz ujemny; — dodatnio jednak oddziaływały również zdrowe dzieci, najczęściej przytem dzieci w wieku od lat 3 do 5, co zgadza się z dawno dowiedzionem statystycznie najczęstszem występowaniem błonicy w tym właśnie wieku. Autor sądzi, że odczyn dodatni skórny po szczepieniu toksyny błoniczej będzie wskaźnikiem usposobienia danego osobnika do tej choroby. Znaczenia rozpoznawczego próbie dotychczas przypisać nie można, autor podaje tylko jej znaczenie teoretyczne, praktycznie zaś obiecuje sobie autor wyzyskać próbę w celu racyonalnego dawkowania surowicy swoistej, którą dotychczas wstrzykujemy w ilościach zupełnie dowolnych.

Wacław Jasiński (Łódź).

Feilchenfeld. **Wielokrotne objawy porażne podczas epidemii błonicy w jednej rodzinie.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 38). Z 7 dzieci w jednej rodzinie, chorujących na błonicę, u 5 zauważył F. objawy porażne, mianowicie 2 razy porażenia mięśni ocznych i podniebiennych, 3 razy zaburzenia w czynności serca, raz porażenie dolnych kończyn. Wobec leczenia surowicą odsetek zamiast 3—7% porażeń znacznie wyższy. Autor przypuszcza większe pokrewieństwo toksyny błoni-

czej do układu nerwowego w tej właśnie epidemii. (Również jednak możliwą jest zmniejszona odporność układu nerwowego u członków jednej i tej samej rodziny. *Przyp. spraw.*).

Dr Skórczewski (Kraków).

Laszenko. (Charkow). **Leczenie błonicy dużemi dawkami surowicy.** *(Ruskij Wracz* Nr 46—52, 1907).

Myśl powyższą nasunął autorowi przypadek ciężkiej błonicy, wyleczonej przezeń zapomocą energicznego stosowania surowicy w dużych ilościach (począwszy od 2-go dnia choroby w przeciągu 36 godzin Laszenko wprowadził do ustroju 12-letniego osobnika w 3 dawkach ogółem 11000 jednostek uodparniających). W 14 przypadkach również ciężkiej i połączonej z poważnemi powikłaniami błonicy, autor sprawdził swoją metodę leczenia i otrzymał we wszystkich bez wyjątku przypadkach wyniki zupełnie pomyślne. Ogólne zasady, jakiemi zdaniem L. należy kierować się przy stosowaniu jego metody, są następujące:

1) Nigdy nie należy używać dawek surowicy poniżej 2000 jednostek uodparniających; 2) lekkie świeże przypadki błonicy bez podniesienia ciepłoty, zwłaszcza u dzieci silnych, wymagają stosowania dawek, zawierających przynajmniej 3000—4000 jedn. uodp. (ilość ta, jak zaznacza L., zwykle wystarcza do szybkiego wyleczenia); 3) w początkowych okresach błonicy z usadowieniem się błon na całej powierzchni migdałków, na języku i na tylnej ścianie gardła, jak również przy pierwszych objawach dławca, należy bez względu na wiek chorego odrazu wstrzyknąć 5000 jedn. (taka dawka zwykle wystarcza do zatrzymania dalszego rozwoju sprawy błoniczej); 4) w przypadkach cięższych, gdzie mamy do czynienia z rozległemi zmianami błoniczemi lub przy zgorzeli, autor zwykle stosuje jako jednorazową dawkę 5000 jedn., a po upływie 10—20 godzin takową powtarza bez względu na wiek osobnika (drugie wstrzyknięcie wystarczało zwykle do zatrzymania rozwoju błonicy nawet w b. ciężkich przypadkach); 5) w przypadkach zadawnionych, gdy od początku choroby upłynęło już 5—7 dni i sprawa błonicza zdążyła zająć całe gardło, a nawet jamę nosowo-gardłową, również przy zgorzeli osiągał autor pomyślne wyniki po zastosowaniu jednorazowej dawki surowicy w ilości 6000—7000, nawet 10000 jedn.; 6) przypadki beznadziejne wymagają powtarzania dużych dawek surowicy w 5—7-godzinnych odstępach czasu (za każdym razem należy wstrzykiwać 5000 jedn. z takiem wyrachowaniem, aby w ciągu pierwszej doby wprowadzić do ustroju chorego osobnika do 20000—25000 jedn.); 7) leczenie zapomocą surowicy nie wyłącza potrzeby stosowania leczenia ogólnego i miejscowego.

Co się tyczy surowicy samej, zdaniem autora, należy przedewszystkiem ze względów praktycznych i ekonomicznych wy-

rabiać surowicę mocniejszą, t. j. zawierającą w mniejszej objętości możliwie większą ilość jednostek uodparniających, następnie albo zupełnie usuwać z niej domieszki, składające się ze środków odkażających, przeważnie o mocniejszem oddziaływaniu na ustrój, albo zredukować ilość ich do minimum, wreszcie obniżyć cenę surowicy. *S. Łyskawiński* (Warszawa).

Friedjung. **Tegoroczna epidemia odry w Wiedniu.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 37). F. dzieli się swemi spostrzeżeniami podczas ostatniej epidemii odry, cytując ciekawsze przypadki. Przez całą zimę miała odra mieć przebieg dość typowy, jednak od połowy marca przypadki znamionowały się bardzo długim (wyżej 14 dni) okresem wylęgania się choroby i długiem trwaniem okresu zwiastunowego. Natomiast okres wysypki był łagodny, przebiegał szybko. Powikłania odry były bardzo rzadkie. *Dr Skórczewski* (Kraków).

L. Sior. **Przyczynek do leczenia krztuśca euchininą.** (*Jahrb. f. Kinderh.*, kwiecień, 1908).

Ungar już 15 lat temu gorąco polecał stosowanie przeratów chininy przy leczeniu krztuśca; od tego czasu autor zaleca chininę w postaci *chinini muriatici* i wyniki ma bardzo dodatnie, znacznie lepsze, niż przy leczeniu narkotykami lub solami bromowemi. Stosowanie chininy w praktyce dziecięcej natrafia na duże trudności z powodu goryczy przetworów, a dawanie czopków chinowych często wywołuje podrażnienie kiszki stolcowej.

Od czasu wprowadzenia euchininy stosuje ją autor przy leczeniu krztuśca. Przez 2 lata zalecał euchininę w 45 przypadkach, w 39 innych przypadkach podając inne środki. Wyniki były bardzo dobre. Euchinina działa tak samo skutecznie jak inne przetwory chininy, napady kaszlu pod jej wpływem słabną, ilość ich zmniejsza się, wymioty zdarzają się rzadziej, sinica ginie. Długość trwania cierpienia skraca się. Euchinina, stosowana w czopkach, nie wywołuje podrażnienia kiszki stolcowej. Dzieci chore otrzymywały euchininę 2 razy dziennie po tyle dcg. na dawkę, ile dziecko miało lat, lub — młodsze niż rok, — po tyle ctg., ile dziecko miało miesięcy. W czopkach dawki nie zwiększono. Euchininę podawać można przez czas dłuższy bez szkody dla zdrowia. *T. Mogilnicki* (Łódź).

W. G. Korenczewskij. **Przyczynek do bakteryologii świnki.** (*Parotitis epidemica*). (*Ruskij wracz,* Nr 44, 45, 1907).

Z wyjątkiem bardzo niewielu autorów (Bamberger, Vogel) większość uważa nagminne zapalenie przyusznicy (świnkę) za chorobę zakaźną, przyczem jedni (Niemeyer, Solmann i in.) traktują ją jako cierpienie czysto miejscowe, drudzy — jako cierpienie ogólne, a to na następujących zasadach: 1) raz przebyta świnka

zabezpiecza od powtórnego zachorowania; 2) ma zawsze typowy przebieg; 3) objawy ogólne występują nieraz wcześniej od objawów miejscowych i niezawsze są równego z nimi natężenia i 4) w niektórych przypadkach oprócz gruczołu przyusznego, są zajęte nietylko inne gruczoły ślinowe, ale i jądra u mężczyzn, gruczoły mleczne u kobiet i inne narządy (stawy, wsierdzie, ucho). Okres wylęgania przy śwince trwa 1—3 tygodnie. Choroba jest zaraźliwa nietylko w okresie wylęgania, ale też nieraz i po wyzdrowieniu.

Pierwszą próbę wykrycia zarazka świnki przedsięwzięli w 1881 roku Charrin i Capitan, za nimi Boinek, Netter, Bordas i inni, lecz dopiero w 1893 r. Laveran i Cabrin już to we krwi, już to w wysiękach gruczołu przyusznego i jądra wykryli dwoinki, które prawdopodobnie uważać można za zarazek świnki; dalej cały szereg badaczy wykrył we krwi, ślinie i wysiękach chorych na świnkę przeważnie dwoinki, podobne do wykrytych przez Laverana i Catrina.

W 1906 r. Teissier i Esmein ogłosili bardzo szczegółowo badania swoje w 45 przypadkach świnki. Badania krwi chorych w 37 przypadkach wykryły obecność dwoinek. We wszystkich przypadkach wykrywano jeden i ten sam rodzaj dwoinek, które autorowie opisują, jak następuje: na płynnych pożywkach wyrastają przeważnie w formie diplokoka i tetrakoka, zwykle oddzielnie, rzadziej w kształcie łańcuszków lub gronek; wymiary 0,6—15 μ; dwoinka barwi się dobrze anilinowymi barwikami i podług Grama; w bulionie daje osad, z czasem ciągnący się i przy kłóceniu unoszący się spiralnie; bulion mętnieje; na agarze otrzymuje się śmietankowy, biało-szary, nieraz żółtawy nalot, ciągnący się przy zdejmowaniu drucikiem. Po wstrzyknięciu morskim świnkom i królikom, zwierzęta giną po upływie 6—28 dni, przyczem sekcya wykazuje surowiczo-ropne zapalenie otrzewnej, przekrwienie narządów wewnętrznych, nieraz ropnie w opłucnej i osierdziu.

Przechodząc do opisu swoich badań, autor na wstępie zastrzega się, że nie uważa ich za zupełnie decydujące i badania prowadzi w dalszym ciągu. Do badań materyał brano następujący: 1) krew otrzymywano z żyły łokciowej w ilości 0,5—20,0 cm.^{3} i szczepiono na bulionie w stosunku 1:100, 2) wysięk z przyusznicy otrzymywano przez ukłucie, przyczem otrzymywano $^1/_2$—4 kropel płynu, który szczepiono na agarze, 3) ślinę zbierano wyjałowionymi tamponami. Zbadanych przypadków było 42.

Na 29 badań wysięku z przyusznicy wykryto dwoinki Teissier-Esmeina w 21; na 30 badań krwi — w 6. Surowica chorych na świnkę aglutynuje dwoinki. Aglutynacya przy 37^0 czasem występowała już po 1—3 godzinach, przeważnie zaś po 12—15 godzinach. Robiono również próby z aglutynacyą surowicy krwi 20 osobników zdrowych i 6 chorych na inne choroby, wszystkie z wynikiem ujemnym. Najczęściej mikrokoka świnki

spotykano w formie dwoinek, rzadziej w formie tetrakoków, gronek i łańcuszków. Podobny jest nieraz do gonokoka, wielkość od 0,8—1,5 μ. Barwi się dobrze anilinowymi barwikami i metodą Grama. W kropli wiszącej posiada ożywioną, ale nieznaczną ruchliwość; dodanie sublimatu ruchliwości nie powstrzymuje, a więc własnego ruchu diplokok nie posiada. Mnoży się drogą dzielenia, zarodników nie tworzy. Najlepiej rośnie przy temperaturze ciała, przy + 4° nie rośnie. Obojętny na działanie powietrza. Ginie już przy + 6° w przeciągu 8 minut; nizka temperatura 1°, jak również i światło wpływu nie wywiera. W 2% rozczynie chloranu potasowego lub kwasu borowego nie ginie; 1% rozczyn karbolu lub lizoformu zabija go po upływie 28—40 godzin, sublimat 1:10000, alkohol 50%, lizol 2%, formalina 6%, woda utleniona 3% zabijają mikroby w przeciągu 1—4 minut; woda utleniona 1% zabija je po upływie 30 minut.

Doświadczenia, czynione na zwierzętach, ani razu nie dały objawów podobnych do świnki; sekcye padłych zwierząt dały wyniki też same, co Esmeina i Teissiera. Po wstrzyknięciu zwierzętom toksyn żadnych wybitniejszych objawów nie zauważono.

Autor na zasadzie badań swoich i innych autorów dochodzi do następujących wniosków: 1) przy śwince z wysięku gruczołu przyusznego i innych chorych narządów, jak również z wydzieliny przewodu Stenona, śliny i krwi, prawie zawsze możemy otrzymać opisanego diplokoka; 2) surowica krwi chorych na świnkę aglutynuje diplokoka, surowica krwi zdrowych na niego nie działa; 3) aglutynacya może służyć do rozpoznawania świnki w wątpliwych przypadkach *(orchitis)*; 4) na zwierzęta diplokok swoiście nie działa; 5) zważywszy, że nawet w lekkich przypadkach świnki wykrywano dwoinki w ślinie, albo w wysięku gruczołu przyusznego, a dużo rzadziej we krwi, możemy dojść do wniosku, że a) ośrodkiem choroby jest gruczoł przyuszny; b) zarazek dostaje się doń z jamy ustnej, i c) powikłania mniej lub więcej ciężkie wywoływane są przedostaniem się diplokoka do obiegu krwi. *Tadeusz Kurella* (Warszawa).

P. Miodowskoff. **Ocena wartości odczynu Pirqueta.** *(Ruskij Wracz* Nr 18, 1908).

Autor dokonał 225 (w tej liczbie 13 powtórnych) szczepień naskórnych tuberkuliny metodą Pirqueta u dzieci w wieku 0—15 lat. Wyniki szczepień były następujące: przedewszystkiem powtórne szczepienia we wszystkich 13 przypadkach stwierdziły tożsamość wyników szczepienia pierwotnego, co autor uważa za niezbity dowód swoistości odczynu; w większej ilości przypadków występował on już w 2-gim dniu, natomiast w kilkunastu tylko — dopiero 3-go dnia i w kilku — 4-go; ostatnie 2 kategorye dotyczyły przypadków z dalej posuniętą sprawą gruźliczą.

Sekcyjnie sprawdził autor 27 przypadków: z tych w 5 sekcya dała wyniki niezgodne z wynikami odczynu (odczyn wypadł ujemnie, gdy tymczasem gruźlica była stwierdzona klinicznie i na sekcyi); w 6 — tylko na podstawie dodatniego wyniku odczynu ustalono rozpoznanie sprawy gruźliczej, klinicznie nie stwierdzonej; w jednym tylko przypadku, pomimo ujemnego wyniku odczynu, klinicznie była rozpoznana gruźlica, gdy tymczasem sekcya żadnych zmian swoistych nie wykryła; we wszystkich pozostałych przypadkach, gdzie odczyn otrzymano dodatni, sekcyjnie również stwierdzono zmiany gruźlicze.

Wobec powyższego autor wysnuwa wnioski następujące: 1) metoda Pirqueta posiada niezaprzeczoną wartość przy rozpoznawaniu gruźlicy, przytem wbrew twierdzeniu twórcy metody, zarówno u dzieci młodszych, jak starszych; 2) odczyn dodatni bezwarunkowo przemawia na korzyść gruźlicy, bądź utajonej, bądź czynnej, ujemny zaś jej nie wyłącza; w przypadkach zaś, gdzie cierpienie to jest podejrzywane, świadczy o sprawie daleko posuniętej; 3) oprócz wartości rozpoznawczej, metoda może posiadać wartość dla rokowania: wyraźny odczyn świadczy o wysokim stopniu odporności ustroju przeciw zarazkowi swoistemu; przeciwnie zaś — słabo wyrażony odczyn lub całkowity brak jego, jest dowodem zmniejszenia odporności i daje rokowanie niepomyślne. *S. Łyskawiński* (Warszawa).

F. Siegert. **Odczyn skórny tuberkulinowy w pierwszym roku życia.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 39). Autor stosował odczyn Pirqueta u 21 osesków; z tych pięcioro do 6 miesięcy życia, reszta do 1 roku życia, u których tak badanie kliniczne, jak następowa sekcya stwierdziła ogólną gruźlicę. Odczyn był zawsze dodatni (w jednym przypadku ujemny na 8 dni przed śmiercią) i zazwyczaj na pewien czas przed śmiercią znikał. We wszystkich wypadkach można było stwierdzić przez wywiady gruźlicę w otoczeniu. Równocześnie czyni S. spostrzeżenie, ze względu na teoryę Behringa powstawania gruźlicy u dzieci, iż dwoje osesków miało zdrowe matki, a gruźliczych ojców, dwoje innych karmiono mlekiem wyjałowionem, otrzymywanem z miejskiego zakładu. Doświadczenia autora stoją w sprzeczności z zapatrywaniami innych autorów, którzy wyrażali przekonanie, że oseski na szczepienie skórne Pirqueta nie oddziałują. *Dr Skórczewski* (Kraków).

F. Carles. **Przypadek gruźliczego zapalenia opon z pozornem wyleczeniem lub raczej zwolnieniem, trwającem 11 miesięcy.** (*Archives de méd. des enf.*, Nr 2, 1908).

3-letnia dziewczynka, przyjęta do szpitala z objawami gruźliczego zapalenia opon, które trwały bez poprawy w ciągu miesiąca, zapadła po miesiącu na odrę, nieco później na krztusiec, powikłany nieżytowem zapaleniem płuc. Objawy mózgowe po

3 miesiącach zupełnie ustąpiły; stosowano kilkakrotnie nakłucie lędźwiowe; — płyn, dający początkowo wybitny obraz limfocytozy, po 3 miesiącach zawierał już nieznaczną ilość białych ciałek, po 7 miesiącach był zupełnie prawidłowy; w płucach i gruczołach oskrzelowych zmian żadnych nie wykryto. Odczyn oczny Calmettea był dodatni w 7. miesiącu od początku choroby. W ciągu 11-miesięcznej obserwacyi stwierdzano pomimo zupełnie dobrego stanu dziecka tętno nieodpowiednio częste w stosunku do ciepłoty, oraz pewne zaburzenia nerwowe. Autor sądzi, że w przypadku tym nie nastąpiło trwałe wyleczenie, lecz tylko zwolnienie choroby. Podobny przypadek opisał w r. 1901 (*Archives d. méd. des enf.*) Rocaz; zwolnienie trwało w tym przypadku 2 lata, na sekcyi swierdzono gruzełki.

Wacław Jasiński (Łódź).

Dufestel. **Gruźlica u dzieci w wieku szkolnym, a gimnastyka oddechowa.** (*Arch. d. méd. des enf.*, Nr 5, 1908).

Już Grancher w sprawozdaniach ze stanu zdrowia uczniów szkół miejskich stwierdził znaczną ilość usposobionych do gruźlicy lub dzieci z początkowemi zmianami gruźliczemi (*prétuberculeux*); zalecał on wówczas zakładanie dla tych dzieci szkół na wsi. Autor podkreśla również częstość występowania gruźlicy w szkole, jakkolwiek gruźlicę »otwartą«, a więc i możność zakażenia przez szkołę, spostrzegał bardzo rzadko. Uważając projekt Granchera za niewykonalny, pragnął autor poprawić stan zdrowia usposobionych do gruźlicy dzieci, nie przerywając ich nauki. Z 80 dziewczynek pewnej szkoły wybrał autor 12; — u 5 z nich stwierdzono wybitne zmiany oddechowe w szczytach, u 7 znaleziono jedynie objawy zajęcia gruczołów oskrzelowych. Dziewczynki te wykonywały codziennie w ciągu $^1/_2$ godziny ćwiczenia, polegające na głębokich ruchach oddechowych wraz z jednoczesnem unoszeniem się na palce lub bez tego ćwiczenia. W ciągu pierwszych 6 tygodni niektóre dzieci mogły wykonywać ćwiczenia zaledwie po 10 minut, później zaś wszystkie znosiły dobrze $^1/_2$ godziny. Stan ogólny tych dzieci po 9 miesiącach poprawił się znacznie: — autor zauważył przyrost wagi, powiększenie obwodu klatki piersiowej, ramion i łydek (dane w tablicy). Pojemność płuc powiększyła się również; autor zauważył przytem, że dzieci I grupy (z wyraźnemi zmianami w płucach) zyskały więcej, niż zdrowsze dzieci II grupy. Co do stanu płuc, z dzieci I grupy u 2 stwierdzono znaczną poprawę, u 3 zaś stan się nie zmienił; dzieci zaś II grupy uznano po 9 miesiącach za zupełnie zdrowe (autor — dla uniknięcia podmiotowej oceny — prosił o badanie dzieci profesora Mery). Autor prowadzi badania dalej i spodziewa się jeszcze lepszych wyników.

W. Jasiński (Łódź).

Ch. Leroux. **Cierpienie gruczołów tchawiczno-oskrzelowych w stosunku do przewlekłej gruźlicy płuc u dzieci.** (*Archives de méd. des enf.*, 1908, Nr 2).

Na zasadzie 500 kart szpitalnych dzieci, badanych kilkakrotnie w ciągu lat paru klinicznie i za pomocą promieni Roentgena, określa autor stosunek obrzmienia gruczołów oskrzelowych do gruźliczych nacieków szczytowych u dzieci. Przedewszystkiem stwierdza autor, że gruźlica u dzieci zaczyna się bądź w gruczołach oskrzelowych, bądź też odrazu w szczytach — po pewnym zaś przeciągu czasu stwierdza się już gruźlicę gruczołowo-płucną. Pierwotna gruźlica gruczołów bywa najczęściej u dzieci mniejszych (1—6), nie wyłączając osesków; pierwotne zajęcie szczytów zdarza się natomiast najczęściej pomiędzy 11 a 15 rokiem. U dzieci do lat 5 pierwotne nacieki szczytowe są bardzo rzadkie; rzadko również dają się stwierdzić w wieku od 6 do 10 lat. Zajęcie gruczołów u osesków i dzieci do lat 5 najczęściej bywa jednostronne, u dzieci starszych (6—10 lat) przebieg jest szybszy i stwierdza się najczęściej obustronne powiększenie gruczołów. Wrota zakażenia w gruźlicy gruczołowej bywają różne [przez płuca, przez naczynia chłonne zstępujące (z jamy nosowogardłowej, szyi) lub wstępujące (narządy trawienia)], najczęściej jednak, według spostrzeżeń autora, zakażenie następuje przez narządy oddechowe i u najmniejszych nawet dzieci obrzmienia gruczołów oskrzelowych spotyka się znacznie częściej, niż zajęcie gruczołów krezkowych lub otrzewnej. Autor nie omawia szczegółowo klinicznych objawów cierpienia gruczołów oskrzelowych, podkreślając jedynie błędy w rozpoznaniu, jakie powstają wskutek tego, że objawy ze strony gruczołów przenoszą się na szczyty i przemawiają pozornie za jednoczesnym naciekiem szczytów: zaostrzony wdech i wydłużony wydech nie wystarczają do rozpoznania nacieku, gdyż mogą zależeć od powiększenia gruczołów, dopiero oskrzelowy odgłos mowy (*bronchophonia*), wdech słaby lub przerywany i zmiany opukowe mówią o zajęciu szczytów. Ważnem jest też, że objawy ze strony szczytów występują wyraźniej pod obojczykami, objawy zaś zajęcia gruczołów wybitniej w dołach nadgrzebieniowych. Co do prześwietlania, to autor przyznaje mu ogromną wartość rozpoznawczą w sprawach gruczołowych, w naciekach zaś szczytowych uważa je za mniej ważne. Autor podkreśla konieczność wczesnego rozpoznawania cierpień gruczołów oskrzelowych, wczesne bowiem wysłanie chorego na wieś, a szczególniej nad morze, daje możność trwałego wyleczenia, co stwierdzał autor w 50% przypadków. *W. Jasiński* (Łódź).

Engel. **Gruźlica niemowląt i odżywianie.** (*Monatsschrift f. Kinderh.*, T. VII, Nr 1, 1908).

Autor zbadał klinicznie i anatomicznie 35 przypadków gruźlicy u niemowląt i doszedł do wniosku, że istnieje ścisły zwią-

zek między gruźlicą a odżywianiem. U dzieci dobrze odżywionych, przeważnie karmionych piersią, gruźlica sadowi się głównie w gruczołach i, jeżeli kończy się śmiercią, to wskutek wystąpienia ogólnej prosówkowej gruźlicy; u dzieci zaś słabych, wyniszczonych, gruźlica występuje w postaci przewlekłej gruźlicy różnych narządów, głównie płuc. Przedewszystkiem autor odpowiada na pytanie, czy owo wychudnienie jest objawem pierwotnym. Zdaniem autora gruźlica u niemowląt w przeciwieństwie do gruźlicy u dorosłych, nie należy do chorób wyniszczających. Częstokroć daje się stwierdzić, że dzieci z objawami gruźlicy przybierają na wadze zupełnie normalnie; szczególniej należy podkreślić, że gruźlica gruczołów rzadko kiedy wiedzie do wychudnienia; więc nie jest ono zależne od gruźlicy, jako takiej, lecz od zaburzeń w odżywianiu, jak u innych podobnych dzieci bez gruźlicy. Taki zaś zły stan odżywienia ma wpływ na postać gruźlicy; ten wpływ często występuje już w pierwszych miesiącach życia dziecka. Tak np. wśród 13 źle odżywionych dzieci, które w ciągu 1-go miesiąca były karmione piersią, *pneumonia caseosa* wystąpiła w jednym tylko przypadku, u pozostałych zaś »źle odżywionych« dzieci, które nigdy nie były karmione piersią, *pneumonia caseosa* wystąpiła w 70% przypadków. Jak widzimy, kilkotygodniowe karmienie piersią wywarło wpływ na postać gruźlicy.

Gruźlica pierwotnie występuje u wszystkich dzieci tylko w gruczołach. Rokowanie przy tej chorobie, jak to wykazały dawniejsze badania autora, jest wogóle u dzieci tem lepsze, im dłużej gruźlica lokalizuje się tylko w gruczołach.

Fakt więc, że w razie wystąpienia gruźlicy u niemowląt, karmionych piersią, gruźlica przez czas dłuższy ogranicza się do gruczołów, świadczy o większej odporności tych dzieci, niż niemowląt źle odżywionych, karmionych sztucznie, u których gruźlica wkrótce po pierwotnem zajęciu gruczołów występuje w postaci przewlekłej w różnych narządach ciała.

Wł. Schoenaich (Łódź).

Soltmann. **Leczenie zołzów.** (*Deutsche med. Wochenschr.* 1908, Nr 35). S. zapatruje się na zołzy, jako na dziedziczną gruźlicę nie bakteryologiczną (nicht bacilläre Tuberculose). Tłómaczy sobie ten obraz nieprzepuszczalnością łożyska wobec drobnoustrojów, a przepuszczalnością wobec toksyn. Stosunek lizyn do aleksyn w ustroju noworodka będzie stanowić o zmianach zołzowych. Tłómaczenie nadczułości wobec jadu gruźliczego u takich dzieci jest łatwe. Stąd też wedle zdania S. zapobieganie zetknięciu się z jadem gruźliczym jest najważniejszym postulatem lekarza, wezwanego do dziecka zołzowego. O tem pamiętać powinien również lekarz przy doborze dzieci na kolonie letnie, przy wyborze mamki, przy usuwaniu dziecka ze sfery życia rodziców gruźliczych. Rzecz prosta, że należy się

starać o dobrą sypialnię, odpowiednie odżywianie się i t. p. — W leczeniu nieodzownemi okazują się kąpiele morskie i solanki. Przytem wzbrania leczenia kąpielami morskiemi niemowląt, dzieci ze zmianami zołzowemi uszu i oczu. S. radzi stosować kąpiele na morzu północnem z większą koncentracyą soli i klimatem oceanicznym u dzieci z zołzami otrętwiałemi; u dzieci ze zołzami drażliwemi odpowiedniejsze są nie tak silne słone kąpiele na morzu zachodniem i to w ciepłem lecie. Ideałem byłoby przebywanie przez czas dłuższy na odpowiednio urządzonym parowcu zdala od brzegów. Przy używaniu solanek wskazane są cięższe solanki (1—2%) bez żoły dla zołz drażliwych, a z żołą dla otrętwiałych. Źródła żelazisto-słone i cieplice nadają się dla drażliwych zołzowych, dla otrętwiałych najlepsze są źródła jodowe i bromowe; pierwszym poleca S. również tran, przetwory żelaza (jak *tinc. ferri pomata*, pigułki Blauda, *liquor ferro mangani peptonati* Gude, peptonat mangano-żelazisty Riechego), dalej przetwory jodowe. cukrzan żelazisto-jodowy, *syrupus ferri jodati*, jodypinę, jodferratynę, jodferratozę. Wreszcie zwraca S. uwagę przy leczeniu miejscowem zmian zołzowych, skóry, błon śluzowych i t. p. na konieczność równoczesnego stosowania leczenia ogólnego, bez którego zazwyczaj nie osiągniemy celu.

Dr Skórczewski (Kraków).

Orgler. **Przyczynki do nauki o przemianie azotu w wieku niemowlęcym.** (*Monatsschrift f. Kinderh.*, T. VII, zeszyt 3, 1908).

Dotychczasowe badania nad przemianą azotu u dzieci, karmionych piersią i karmionych sztucznie, były wykonywane (z wyjątkiem 3 doświadczeń Kellera) na różnych dzieciach, różnego wieku i wagi ciała. Autor badał przemianę azotu u jednych i tych samych dzieci, które z początku otrzymywały mleko kobiece, następnie żywienie mieszane, wreszcie wyłącznie mleko krowie. Z badań tych wypływa, że wchłanianie azotu u dzieci karmionych sztucznie jest lepsze, niż u dzieci karmionych piersią; absolutna ilość zatrzymanego azotu może być również większa przy karmieniu sztucznem; ilość zatrzymanego azotu w stosunku do wprowadzonego u dzieci karmionych sztucznie, waha się w granicach, stwierdzonych u dzieci karmionych naturalnie.

Wpada w oczy przy wszystkich doświadczeniach autora złe wchłanianie się azotu u dzieci karmionych piersią. O ilości azotu wchłonionego sądzimy ze stosunku azotu w pokarmach do ilości azotu w kale. Wiadomą jest rzeczą, że główna część azotu w wypróżnieniach pochodzi, jak to wykazały badania Kellera, z soków trawiennych i bakteryi, a tylko nieznaczna ilość przy dobrze wchłanianem pożywieniu z azotu pokarmowego. Przy karmieniu naturalnem wprowadzamy mniej azotu, niż przy karmieniu sztucznem. Otóż, jeżeli nawet przypuścić, że ilości azotu, pochodzącego z soków trawiennych i bakteryi, w obu

przypadkach są jednakowe, to i wtedy wpłyną one na zmniejszenie odsetki azotu wchłonionego więcej przy małych ilościach azotu wprowadzonego — karmieniu naturalnem — niż przy dużych ilościach azotu wprowadzonego — karmieniu sztucznem. Stąd nizkie liczby azotu wchłonionego przy karmieniu piersią.

Co się tyczy wpływu dodatku węglowodanów do pożywienia na przemianę azotu, to już z dawniejszych badań wiadomo, że przy takiem pożywieniu ilość zarówno wchłonionego, jak i zatrzymanego azotu, zwiększa się.

O wpływie tłuszczu na przemianę azotu dotąd mało wiadomo. Autor u jednego z dzieci dodawał do pokarmu pewną ilość olejku łogowego i zestawiwszy wyniki swych badań z wynikami doświadczeń Freunda, dochodzi do wniosku, że dodatek tłuszczu nie ma prawie żadnego dodatniego wpływu na przemianę azotu. *Wł. Schoenaich* (Łódź).

Czerny. **O skazie wysiękowej.** (*Monatsschrift f. Kinderh.*, T. V, Nr 5, 1908).

W niniejszej pracy autor zwraca uwagę na stosunek między psycho- i neuropatyą, a skazą wysiękową. Przedewszystkiem daje się stwierdzić, że dzieci nerwowych rodziców rzadko kiedy są wolne od objawów skazy wysiękowej. Następnie częstokroć już u niemowląt z objawami omawianej choroby występują również objawy ze strony układu nerwowego. Tak np. u niektórych dzieci z ogniopiórem, lub ognikiem *(strophulus)* występuje nadzwyczaj silne swędzenie, u innych zaś daje się stwierdzić prawie zupełny brak tego objawu. U pierwszych jednocześnie występują i inne objawy ze strony układu nerwowego, jak: nadmierna bojaźliwość, bezsenność i t. d. O związku pewnych objawów skazy wysiękowej z podrażnieniem określonych splotów nerwowych świadczy dalej fakt, że niektóre objawy, jak wyprysk, ustępują wtedy dopiero, kiedy uda się nam zmienić warunki życia dziecka (wyjazd na letnie mieszkanie, pobyt w sanatoryum morskiem); inne zaś objawy występują pod wpływem psychicznych wzburzeń, lub podrażnień określonych splotów nerwowych; wiadomo n. p., że ognik u niektórych dzieci powstaje po spożyciu jaj, u innych możemy umyślnie wywołać zjawienie się tego objawu przez włożenie trykotów, lub koszuli wełnianej.

Co do pozostałych objawów, nie posiadamy podobnych ścisłych spostrzeżeń, świadczących o związku tych objawów z układem nerwowym, jednak i tutaj niejednokrotnie daje się stwierdzić ten związek; wzmożone pocenie się tych dzieci występuje często po wzburzeniu psychicznem; w powstawaniu objawów ze strony nosa, gardła, neuro- i psychopatya gra również pewną rolę, o czem świadczy fakt, że u niektórych nerwowych dzieci przekrwienie i obrzęk błony śluzowej nosa występuje po wzburzeniu, wywołanem gniewem, strachem, rozczarowaniem itd. Stwierdzenie związku między objawami skazy wysiękowej a ukła-

dem nerwowym ma wielkie znaczenie przy leczeniu omawianego cierpienia, gdyż tylko wtedy możemy spodziewać się pomyślnego wyniku leczenia, jeżeli będziemy leczyli nietylko skazę wysiękową, lecz również zazwyczaj występującą jednocześnie z nią psycho- i neurapatyę. *Wł. Schoenaich* (Łódź).

H. Kowarski. **O krzywicy** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde, Ergänzungsheft*, 1908).

Autor opiera swoje poglądy na materyale ambulatoryjnym w szpitalu św. Jakóba w Wilnie. Przez okres dwuletni z 3681 dzieci do lat 15 u 1000 zanotowano krzywicę, czyli w 27%; u chrześcian w 25%, u żydów w 31% przypadków. Najczęściej występowała krzywica u dzieci od 6 miesięcy do 2 lat. Od marca do sierpnia spostrzegano nieco więcej przypadków krzywicy, niż w miesiącach zimowych; najwięcej ciężkich przypadków było w kwietniu i maju. W 71% wszystkich przypadków krzywicy stwierdzono niehigieniczne mieszkania (wilgotne i ciemne); 76% dzieci było karmionych piersią lub karmionych pożywieniem mieszanem. Z objawów krzywicy najczęściej występował różaniec (90%), zwiększenie czaszki (28%) i spóźnione zarośnięcie ciemiączka (25%); powiększenie śledziony (9·7%), poty (33%). Do objawów nerwowych krzywicy zalicza autor i kurcz głośni i drgawki, zwraca również uwagę na objaw, nie opisywany dotąd, — bolesność przed oddawaniem moczu (*dysuria spastica*), spotykaną w 0,5% przypadków. W leczeniu krzywicy zaleca autor fosfor z tranem; przetworów grasicy i nadnercza nie stosował. Spermina nie dała dodatnich wyników.

Dr Mogilnicki (Łódź)

Klotz. **Przyczynek do rozpoznawania choroby Barlowa za pomocą promieni Roentgena.** (*Monatsschrift für Kinderh.*, T. VII, Nr 1, 1908).

Autor opisuje przypadek choroby Barlowa, ilustrując go 5 rentgenogramami, na których widać typowe zmiany w kościach: zwężenie istoty korowej, zamazanie subtelnego rysunku istoty gąbczastej, wystąpienie poprzecznego cienia między trzonem a nasadą kości, wypuklenia okostnej wskutek wylewów krwi. Zmiany anatomiczne w kościach, jak to wykazują prześwietlania, występują wcześniej, ustępują zaś później, niż objawy kliniczne omawianej choroby. *Wł. Schoenaich* (Łódź).

C. Ducroquet. **Leczenie ortopedyczne stopy szpotawej.** (*Revue d'hygiène et de médecine infantiles*, 1908, Nr 2).

Autor omawia leczenie stopy szpotawo-końskiej podług metody Lorenza. W poliklinice Rotschilda, prowadzonej przez D., stosują do prostowania stopy przyrządy nieskomplikowane, zdaniem autora wogóle zresztą przyrządy są zbyteczne, gdyż ręce operatora są pewniejsze i wystarczające. Zabiegi stoso-

wane są u dzieci bardzo wcześnie, nawet w pierwszych dniach życia. Główny nacisk kładzie autor na leczenie następcze, pooperacyjne, mianowicie na miesienie i noszenie odpowiedniego obuwia. Autor podaje ilustrowany opis fabrykacyi butów dla stopy szpotawej. Dla przeciwdziałania skłonności do wykrzywiania się ku stronie wewnętrznej należy wzmocnić but przez półkole, okrążające piętę, płytkę na wysokości główki pierwszej kości śródstopia i wreszcie płytkę po stronie zewnętrznej, odpowiadającej środkowi stopy. Wzmocnienia te dadzą się zrobić ze skóry lub przy pomocy podeszwy metalowej, zrobionej podług odlewu i wszytej w but. But powinien mieć zupełnie płaską podeszwę, podwyższoną i wystającą od strony zewnętrznej i nie mieć obcasa. W razie osłabienia mięśni i wielkiej skłonności do wykrzywiania należy przeciwdziałać temu przez sztabkę metalową, idącą od paska miednicowego do podeszwy z zawiaską dla biodra, kolana i stopy. Od podeszwy do sztabki przyczepia się odpowiednią gumkę prostującą i zastępującą działanie mięśni. *Dr Śmiechowski* (Warszawa).

OCENY.

E. Fournier. **Recherche et diagnostic de l'hérédosyphilis tardive.** Paris, Masson et Cie, 1907, stron 412, cena K. 18·80.

Wobec tego, że niema chyba działu medycyny, w którymby kiła nie miała ważnego znaczenia, będzie dziełko Fourniera pożądanym nabytkiem dla każdego klinicysty. Fournier przytacza cały szereg przykładów, z których wynika, jak ważnem, ale niekiedy i trudnem jest rozpoznanie. Zmiany, zależne od kiły wrodzonej późnej, brano za zmiany zołzowe lub gruźlicze, za padaczkę, za nienadające się do operacyi nowotwory złośliwe narządów wewnętrznych i t. d., a dopiero jakiś niezauważony dotąd szczegół z wywiadów, losów rodziny lub wyniku badania samego chorego kierował rozpoznanie na właściwy ślad. Autor przechodzi systematycznie te wszystkie szczegóły, które mogą posłużyć do rozpoznania choroby, lub choćby do powzięcia podejrzenia. Wobec tego nie ogranicza się on jedynie tylko do opisu znamion pewnych, cechujących, ale przytacza także, choćby krótko, wiele takich, które z kiłą wrodzoną pozostają tylko w dosyć luźnym związku. Opis zmian cechujących takich n. p., jak znamiona zębowe, zęby Hutchinsona, znamiona czaszkowe, golenie szablaste itd. jest bardzo wyczerpujący i objaśniony wybornemi rycinami. *Lewkowicz.*

Ergebnisse der inneren Medizin und Kinderheilkunde. Tom I, Berlin, J. Springer, 1908, str. 620, cena Mk. 18·—

Celem tego wydawnictwa jest przedstawienie postępów na polu medycyny wewnętrznej i stykających się z nią polach nauk teoretycznych w szeregu osobnych artykułów. Artykuły nie mają za zadanie obejmować, jak sprawozdanie poglądowe, wszystkich znanych szczegółów, przeciwnie autor spoić powinien to, co mu się wydaje wartościowe, w przejrzystą całość. W ten sposób podmiotowości zostawiono znaczny zakres, starano się też jednak pozyskać takich współpracowników, których własne prace na danem polu wzniecają zaufanie do ich zdania. Rocznie mają się ukazywać dwa tomy. Jako wydawcy podpisani są interniści: Kraus, Minkowski, Müller, Sahli i pedyatrzy: Czerny

i Heubner, jako redaktorzy: Brugsch, Langstein, Meyer i Schlittenhelm.

Pierwszy tom sprawia bardzo korzystne wrażenie i przynosi kilka artykułów znakomicie zredagowanych. Z artykułów pedyatrycznych wymienić należy bardzo wyczerpującą pracę Ibrahima o zwężeniu odźwiernika u osesków, pouczający artykuł L. F. Meyera o zaburzeniach odżywiania i wymianie soli u oseska, artykuł Pirqueta o allergii, Salgego o biologicznem badaniu w zagadnieniach naturalnego i sztucznego żywienia osesków, Toblera o trawieniu mleka w żołądku, de la Campa o klinicznem rozpoznaniu gruźlicy gruczołów oskrzelowych. Pedyatrę może zająć jeszcze artykuł Pletnewa o zbiorze objawów Adamsa i Stokesą, gdyż ten zbiór objawów zdarza się także u dzieci, artykuł Fraenkla o leczeniu naparstnicą, artykuł Eppingera o żółtaczce i Peritza o porażeniu opuszkowem wrzekomem.

Lewkowicz.

Prof. H. Finkelstein (Berlin). **Lehrbuch der Säuglingskrankheiten.** II. Hälfte, Abteilung 1. Berlin, 1908, stron 160, cena Mk. 4.

Pierwsza połowa tej doskonałej nauki o chorobach oseska ukazała się w r. 1905. Obecnie wydana część drugiej połowy obejmuje choroby narządu oddechowego, choroby serca i niektóre choroby przewodu pokarmowego. Należałoby się spodziewać, że na następną część nie będzie trzeba zbyt długo czekać. A ma ona objąć dział tak ważny, a tak dotąd nie wykończony, budujący się dopiero, jak zaburzenia odżywiania. Tem ciekawszem byłoby poznać systematyczne przedstawienie rzeczy Finkelsteina, gdyż autor należy w tym zakresie do głównych budowniczych. *Lewkowicz.*

Lungwitz H. (Berlin). **Stoffwechselversuche über den Eiweissbedarf des Kindes.** Nakładem C. Marholda, 1908.

Wychodząc z założenia o szkodliwości wyłącznej dyety białkowatej lub nawet tylko przewagi białka nad innemi potrawami i polegając na wynikach badań wybitnych autorów, jak np. Rubnera, przystąpił autor do badań nad przemianą białka w ustroju dziecięcym. Wykazuje on na podstawie swoich badań szkodliwość dyety, złożonej wyłącznie z istot białkowatych, lub jeżeli ich ilość przekracza 50%, gdyż dyeta ta bywa powodem najrozmaitszych schorzeń w wieku dziecięcym. Badania autora stwierdziły, że podane przez Siegerta ilości, odnoszące się do wyzyskania rozmaitych potraw w ustroju, wystarczają nietylko do utrzymania ustroju dziecięcego w równowadze, lecz wywołują wzrost ustroju dziecięcego. Wyniki te atoli nie są całkiem dokładne, gdyż L. badał tylko przemianę białka, gdy Siegert obliczał ogólną ilość kaloryi przy użyciu odpowiedniej ilości białka, tłuszczu i węglowodanów. Oświadcza

się więc autor stanowczo jako zwolennik badań Siegerta: dzieci powinny dostawać dyetę mięszaną z przewagą pokarmów roślinnych. Około 50% podawanego białka powinno być pochodzenia roślinnego, a ustrój trawi je tak samo, jak białko zwierzęce, jeżeli je odpowiednio przygotowano.

Badania Lungwitza w szeregu badań nad przemianą materyi w wieku dziecięcym stanowią cenny przyczynek do sprawy odżywiania dzieci i zasługują na uwzględnienie przy dalszych badaniach przemiany materyi, które, dotąd jeszcze nieukończone, bezwątpienia jeszcze długi czas będą zajmować umysły pedyatrów.

Dr Jan Landau.

Prof. Czerny (Wrocław). **Der Arzt als Erzieher des Kindes.** II. Aufl. Fr. Deuticke, Leipzig und Wien, 1908, str. 103. Cena K. 2·40.

W stosunku do dawnych pokoleń są dzisiejsze pokolenia na punkcie dzieci chyba stanowczo przeczulone. Czyż rzadko zdarza się widzieć matki, które dla swego jedynego dziecka poświęcają się zupełnie i oddają mu do dyspozycyi cały swój czas i które nigdy nie byłyby zdolne powierzyć dziecka, choćby na krótki czas, opiece obcej? Niestety dziecko z tego poświęcenia nietylko nie odnosi żadnej korzyści, lecz jest narażone na cały szereg wpływów ujemnych i niepożądanych.

Czerny porusza długi szereg zagadnień, tyczących się wychowania dziecka, o ile one wymagają uwagi i wdania się lekarza. Zdrowe rady, które w książce znajdujemy, będą dla lekarza tem cenniejsze, że nie ma on w czasie swych studyów sposobności zaznajomić się ani z psychologią prawidłowego i chorego człowieka, a w szczególności dziecka, ani z pedagogiką, a brak ten zmuszony jest zapełnić własnemi spostrzeżeniami, nieraz drogo okupionemi i pilnością prywatną.

Wychowanie powinno rozpocząć się już w pierwszym roku życia. Tymczasem wpływów, które w tym okresie działają na dziecko, zwykle się nie docenia, w przypuszczeniu, że dziecko nic jeszcze o świecie nie wie. Porównanie jednak dzieci w domu prywatnym, u których często z powodu oporu dziecka, z braku decyzyi u otoczenia, różne przepisy nie dają się przeprowadzić, z dziećmi w zakładach, gdzie nigdy coś podobnego się nie zdarza, najlepiej poucza, że dziecko zaczyna się już wtedy w swem położeniu oryentować. *Lewkowicz.*

KORESPONDENCYE.

I.

Ortopedya za granicą.

W notatce niniejszej pragnę podzielić się z czytelnikami wrażeniami co do stanu ortopedyi w Niemczech i w Krakowie, gdzie przez czas dłuższy na studyach przebywałem.

We Wrocławiu oddział ortopedyczny jest połączony z kliniką chirurgiczną. Prowadzi go prof. Ludloff. Liczba chorych leczonych rocznie jest dosyć pokaźna, dochodzi bowiem do 4 tysięcy. Łóżek własnych oddział ortopedyczny nie posiada. W razie krwawego zabiegu chorzy znajdują pomieszczenie w klinice chirurgicznej. Oddział ortopedyczny został postawiony na wysokiej stopie jeszcze przez prof. Mikulicza. Posiada on obecnie dwie salki gimnastyczne z przyrządami, jeden pokój do miesienia, jeden dla ambulatoryum, swój własny gabinet rentgenowski i warsztaty mechaniczne, prowadzone przez specyalnie wykwalifikowanego mechanika. Lwią część chorych, jak wogóle wszędzie, stanowią dzieci ze skrzywieniami kręgosłupa. Prof. Ludloff nie jest zwolennikiem stosowania przy bocznych skrzywieniach kręgosłupa gorsetów; zwraca on główną uwagę na wzmocnienie całego ustroju chorego, jego układu kostnego i mięśni. Chorzy tego rodzaju zależnie od stopnia skrzywienia bywają leczeni zapomocą gimnastyki szwedzkiej, miesienia i gimnastyki maszynowej — dopiero, gdy chory przejdzie taki kurs leczenia, trwający od 3 miesięcy do roku i dłużej, daje mu się w razie potrzeby gorset. Gorsety, jak i wogóle wszystkie przyrządy, robią w klinice wrocławskiej prawie tylko ze skóry, uważając ten materyał za najtrwalszy i wcale nie droższy, niż inne, jeżeli się zważy czas, na jaki gorset służy. Zapalenia kręgów leczy prof. Ludloff łóżkami gipsowemi Lorenza, dopiero po przejściu sprawy zapalnej stosuje gorset, zwykle z podstawką pod głowę. Krwawe zabiegi dokonywane są tu dość rzadko. Wogóle do krwawego zabiegu uciekają się tu tylko wtedy, jeżeli wszystkie próby bezkrwawe nie doprowadziły do pożądanego celu. Pamiętam dwuletniego chłopca z wrodzonemi stopkami szpotawemi, któremu w uśpie-

niu eterowem, jedynie używanem w klinice wrocławskiej, dwadzieścia razy różnymi sposobami wyprostowywano nóżki, zanim nareszcie zdecydowano się na resekcyę kości skokowej.

Znaczną część chorych stanowią również chorzy po nieszczęśliwych wypadkach. Uderzyła mnie spora odsetka chorych z nadłamaniami kręgów lędźwiowych. U nas tego rodzają cierpienia wskutek małego zastosowania fotografii rentgenowskiej rzadko bywają należycie rozpoznawane, a uważane są często za ból lędźwiowy *(lumbago)*, naderwanie więzadeł itp. — Obszerne zastosowanie mają kąpiele z gorącego powietrza przy wszelkiego rodzaju dnawych i gośćcowych cierpieniach, oraz nerwobolach. Gruźlica stawów, zależnie od rodzaju i stopnia, leczona bywa zapomocą biernego przekrwienia (metoda Biera), wstrzykiwaniami zawiesiny jodoformowej i unieruchomieniem w gipsowych opatrunkach. Przy złamaniach wszelkiego rodzaju stosują tylko metodę Bardenheuera.

Co się tyczy łóżek gipsowych, to te bywają robione na przyrządzie Nebela, który daje pożądaną reklinacyę. Robi się tu właściwie gorset, który potem zdejmuje się z chorego i przerabia na łóżeczko.

Bawiąc przez czas dłuższy we Wrocławiu, zauważyłem ogromny napływ chorych z Królestwa, którzy zjawiają się tu z takiemi cierpieniami, jakie śmiało i równie skutecznie mogłyby być leczone u nas. Sława niemieckiej szkoły przyciąga chorych, psują oni jednak opinię naszym lekarzom i wogóle naszej medycynie. Na usprawiedliwienie chorych moszę jednak przyznać, że sprawienie przyzwoitej protezy, lub Hessingowskiego przyrządu należy u nas do rzeczy bardzo trudnych, wprost czasami niemożliwych. Z wyjątkiem Warszawy, prawie nigdzie takich przyrządów do tej pory nie robiono.

W przeciwieństwie do szkoły wrocławskiej prof. Joachimsthal, który objął katedrę po zmarłym Hoffie, posiłkuje się przy leczeniu skrzywień bocznych kręgosłupa bardzo często gorsetami, które robi z celuloidu, rozpuszczanego w acetonie. Wogóle celuloid używany bywa przez prof. Joachimsthala dosyć często; tak np. wkłady przy leczeniu stóp płaskich również bywają robione z tego materyału w ten sposób, że ze stopy odlewa się model gipsowy, a już na gipsowym modelu robi się z bandaży i celuloidu sztuczną podeszwę. Zwichnięcia wrodzone stawu biodrowego, o ile obejmują obie nogi, odprowadza prof. Joachimsthal w dwu posiedzeniach metodą bezkrwawą Lorenza, a czyni to w tym celu, aby dziecko, o ile zrobi mu się bucik z odpowiednio wysoką podeszwą, nie było pozbawione możności chodzenia; w szkole wrocławskiej przeciwnie, jednocześnie wprawiają oba stawy i zagipsowawszy typowo obie nóżki, pozbawiają dziecko ruchu na przeciąg kilku miesięcy. W celu uniemożliwienia wyjścia wprawionej główki z panewki i przesunięcia się jej w górę, uciska prof. Joachimsthal nad krętarzem wielkim gips

tworząc pewnego rodzaju wgłębienie. Wogóle opatrunki gipsowe u prof. Jachimsthala odznaczały się swoją lekkością, i jeśli tak można powiedzieć, elegancyą.

Prof. Gocht w Halle celuje znowu swemi zdjęciami rentgenowskiemi, jest bowiem znanym specyalistą w tym zakresie. Klinika jego wyposażona jest w przyrządy systemu Krukenberga (Pendelsystem) oraz jego własne. Z nich na uwagę zasługuje przyrząd do ćwiczeń przy bocznych skrzywieniach kręgosłupa; przy swej prostej konstrukcyi daje on możnosć zastosowania najistotniejszych i najpożyteczniejszych ruchów, wzmacniających mięśnie kręgosłupa i kończyn górnych. Przyrząd ten składa się z trzech głównych części: 1) z ruchomego bocznie siedzenia, 2) z przyrządu do wyciągu i 3) z mechanizmu do podnoszenia ciężarków. U prof. Gochta spotkałem się pierwszy raz z zastosowaniem przyrządu Wullsteina do redresyi przy leczeniu skrzywień bocznych. Wszelkie stoły i przyrządy wyciągowe znajdują u prof. Gochta szerokie zastosowanie.

Dr Schanz w Dreznie posiada bardzo duży i ładnie urządzony swój własny zakład. Jest on znowu gorącym przeciwnikiem gimnastyki w leczeniu bocznych skrzywień kręgosłupa, a leczy je zapomocą redresyi i gipsowych gorsetów. Dziecko z początku bywa przez czas dłuższy masowane. Potem w przyrządzie Sayreowskim, prostując rękami skrzywienie, jak tylko to zdoła, nakłada Dr Schanz gorset gipsowy i puszcza dziecko do domu. U małych dzieci skrzywienia cięższego rodzaju leczy Dr Schanz za pomocą łóżek gipsowych. W miejscu odpowiadającem skrzywieniu umocowywa gruby kawałek wojłoku. Łóżka zupełnie nie wyściela. W ostatnich czasach zaczął stosować leczenie zapomocą wyciągu i ucisku w gorsetach z podstawką pod głowę. Wyciąg wykonywa się w ten sposób, że zapomocą śrubek podstawkę można podkręcać stopniowo coraz wyżej, a ucisk zapomocą peloty. Z przyrządów gimnastycznych Dr Schanz ceni wysoko tylko przyrząd Zanderowski do biernego rozszerzania klatki piersiowej. Przyrząd ten rzeczywiście niczem zastąpić się nie da i wogóle oddaje nieocenione usługi w zastosowaniu gimnastyki dla rozwoju klatki piersiowej.

Z całkowitem urządzeniem Zanderowskiem spotkałem się w nowootworzonym zakładzie w Krakowie, kierowanym przez Dra Staszewskiego. Są tam maszyny systemu Zandera wszelkiego rodzaju. Maszyny te są drogie, ale za to najdokładniej odpowiadają fizyologicznym wymaganiom; siłę oporu można ściśle dawkować i mierzyć.

W zakładzie docenta Chlumskyego w Krakowie przeważają przyrządy systemu Krukenberga. W swych poglądach nie różni się Dr Chlumsky niczem zasadniczem od szkoły wrocławskiej. W ostatnim czasie radzi, aby przy leczeniu gruźlicy stawów nie nadużywać opatrunków gipsowych, a zastępować je przyrządami.

W krakowskiej klinice prof. Kadera ma szerokie zastosowanie ortopedya. Nigdzie nie zdarzyło mi się spotkać z tak szerokiem zastosowaniem krwawych zabiegów w ortopedyi, jak u prof. Kadera. Oddział ortopedyczny stanowi tu część kliniki chirurgicznej. W przyrządy jest skąpo zaopatrzony. Muszę zwrócić uwagę na leczenie przez prof. Kadera stóp płaskiej, końskiej i szpotawo-końskiej. Stopę płaską, o ile przysparza ona nieznośnych dolegliwości choremu, prof. Kader leczy przez resekcyę kości czółenkowatej. Ustawia potem i ustala stopę w położeniu »*pes excavatovarus*« w opatrunku gipsowym. Przy stopach końskich wykonuje plastykę ścięgna Achillesa w ten sposób, że prowadzi cięcie skórne u zewnętrznego brzegu ścięgna, długości 10—12 ctm., potem tuż u nasady ścięgna przy kości piętowej przecina je z zewnętrznej strony do połowy; toż samo czyni z wewnętrznej strony w miejscu, gdzie ścięgno przechodzi w mięsień; oba nacięcia łączy cięciem podłużnem, rozszczepiającem ścięgno na dwie połowy. Otrzymane w ten sposób kawałki zeszywa i uzyskuje pożądane przedłużenie; po zeszyciu skóry i nałożeniu opatrunku przeciwgnilnego zagipsowuje nogę powyżej kolana w lekkiem zgięciu w kolanie. Wyniki widziałem bardzo dobre.

Z zastosowaniem Klappowskiej metody pełzania przy leczeniu bocznych skrzywień kręgosłupa, z wyjątkiem u samego autora, nie spotkałem się nigdzie.

Wogóle z półtorarocznych studyów ortopedycznych wyniosłem wrażenie nieustalenia metod ortopedycznych. Metody, bardzo zalecane przez jedną szkołę, nie są wcale stosowane przez inną, a szkół tych tyle prawie, co miast i klinik. Ale właśnie w tem zróżniczkowaniu leży postęp i pragnąćby należało, aby i u nas zakłady ortopedyczne rozwinęły się na szerszą skalę, zwłaszcza, by wszystkie szpitale dziecięce, a nawet ogólne, uzyskały odpowiednio urządzone zakłady ortopedyczne.

A. Tomaszewski (Łódź).

II.

Stacye porad dla niemowląt w Berlinie.

Od kiedy stwierdzony został fakt, iż Niemcy pod względem śmiertelności niemowląt znajdują się w warunkach daleko mniej korzystnych, aniżeli większość narodów cywilizowanych, sprawa ta zwróciła na siebie uwagę szczególną zarówno kół rządowych, jak i fachowych. I oto w krótkim stosunkowo czasie zdołano tu nietylko dorównać, lecz może i przewyższyć państwa ościenne. Wśród wielu środków i zarządzeń pomyślano przedewszystkiem o urządzeniu t. zw. stacyi porad dla niemowląt (*Säuglingsfürsorgestellen)*, na wzór istniejących w Belgii i Francyi *consultations des nourissons*. W d. 10 marca 1905 uchwalił magistrat

miasta Berlina założyć ze specyalnych, z zapisu powstałych funduszów (*Schmidt-Gallisch-Stiftung*) pierwsze stacye porad dla niemowląt, a w roku bieżącym miasto podzielono już na siedem okręgów, z których każdy posiada oddzielną stacyę. Instytucye berlińskie, odpowiednio do odrębnych tutejszych warunków, nie naśladują bynajmniej francuskich pierwowzorów i posiadają wiele cech oryginalnych; o niezmiernie płodnej ich działalności świadczy już kilka wiele mówiących sprawozdań rocznych.

Wobec gwałtownego obniżenia się w ostatnich latach ilości niemowląt, karmionych piersią, za pierwsze zadanie kierowników stacyi uznano przedewszystkiem jaknajszersze rozwijanie i wpajanie potrzeby karmienia piersią, jako podstawy racyonalnej opieki nad niemowlętami. W tym celu ustanowiono wsparcia dla matek karmiących (*Stillprämien*), które średnio wynoszą 2—4 marek tygodniowo. Znacznie większa część matek (około 80% wśród matek stacyi I) otrzymuje wsparcie w postaci 1 litra mleka dla własnego odżywiania się, niewielka tylko część otrzymuje pieniądze, lub też artykuły spożywcze (6%). Gdyby stacye porad nic więcej nie czyniły oprócz rozdawania tych wsparć, to już przez to samo znaczenie ich społeczne byłoby wielkie Jak dalece wpływają stacye na podniesienie się liczby osesków piersią karmionych dowodzi to, że zaraz w drugim roku istnienia instytucyi wśród dzieci, znajdujących się pod ich opieką, ilość karmionych piersią wynosiła już 39% ogółu, gdy w Berlinie sięga średnio ledwie 30%. Niemowlęta sztucznie karmione otrzymują oprócz porady również i mleko, którego przyrządzanie pozostaje pod stałym lekarskim nadzorem, oraz różne przetwory, do żywienia osesków przeznaczone.

Urządzenie wewnętrzne stacyi mniej więcej wszędzie jest jednakowe. Składa się ono przedewszystkiem z mniej lub więcej obszernej poczekalni, z pokoju przygotowawczego, gdzie każde dziecko bywa przez siostrę miłosierdzia zważone i waga wpisana zostaje do dziennika lekarskiego, oraz do książeczki, będącej w posiadaniu matki. Po spełnieniu tej formalności dziecko dostaje się do gabinetu lekarskiego, gdzie odbywa się badanie i wyznacza się dyetę na najbliższy czas (nawet zupełnie zdrowe niemowlęta muszą conajmniej raz na dwa tygodnie być przedstawiane lekarzowi). Do lekarza również należy określanie wysokości wsparcia, poczem matka udaje się do pokoju dozorczyni, gdzie wydaje się marki na mleko, pieniądze, oraz przepisane przetwory odżywcze. Każda ze stacyi posiada też własną kuchnię mleczną, skąd niemowlętom, wymagającym szczególnie złożonego i bez zarzutu przygotowanego pokarmu, wydaje się już gotowe flaszki, stosownie do przepisu lekarskiego. Rozmiary kuchni bywają rozmaite, stosownie do ilości niemowląt przez daną stacyę obsługiwanych; tak np. kuchnia przy stacyi I wydaje średnio od 11,000 do 13,000 flaszek miesięcznie, a liczba dzieci, otrzymujących tu pokarm gotowy, sięga stu dziennie.

Nader ważną stronę działalności stacyi stanowią wywiady po domach, dokonywane przez należące do danej stacyi siostry miłosierdzia. Celem ich jest nietylko zbieranie wiadomości co do materyalnego położenia rodziny, lecz także i sprawdzanie na miejscu, o ile dyetetyczne przepisy, dane przez lekarza, zostają przez matkę wykonane, oraz pobieżne chociaż rozejrzenie się w higienicznych warunkach mieszkania i otoczenia. Materyał zebrany zapomocą wywiadów nietylko posiada wielkie znaczenie społeczne, lecz jest też nader pomocny dla lekarza przy stosowaniu karmienia sztucznego, gdzie tak wielka często zachodzi potrzeba ścisłej indywidualizacyi.

Aczkolwiek nie wszystkie jeszcze, potrzebujące opieki oseski w Berlinie (liczba ich sięga w przybliżeniu 25,000) znajdują się pod dozorem stacyi porad, to jednak ilość ich wzrasta ustawicznie, a kilka liczb daje pojęcie o rozmiarach pomocy, jakiej stacye dostarczają. Tak od dnia 1 stycznia 1906 do 1 kwietnia 1907 w pięciu istniejących w tym okresie czasu stacyach udzielono porady ogółem 12,441 niemowlętom, liczba porad wyniosła 111,677, a liczba wywiadów w domach 20,677. 5,014 oseskó było przy piersi, 371 otrzymywało pożywienie mieszane (allaitement mixte), a 7,756 było karmionych sztucznie. 3,386 matek karmiących otrzymało wsparcia na ogólną sumę 81,137 marek; dla 4,681 niemowląt wydano mleko oraz przetwory odżywcze, bądź zadarmo, bądź po cenach normalnych; 611 otrzymywało pokarm gotowy, w kuchni mlecznej przygotowany. Gdy stacye naogół udzielają porad jedynie zdrowym niemowlętom, to stacya I, obsługująca najgęściej przez ludność robotniczą zamieszkałą wschodnią dzielnicę Berlina i połączona z polikliniką prof. Neumanna, pod którego też kierunkiem pozostaje, ma w opiece wszystkie zgłaszające się oseski, bez względu na stan ich zdrowia. Jest to tu tem łatwiejsze, że z polikliniką i stacyą łączy się organicznie w jedną całość niewielki oddział o dziesięciu łóżkach, gdzie ciężko chore dziecko zawsze może być przyjęte, oraz przytułek dla osesków, koniecznie mleka potrzebujących. Stacya I, której urządzenie i rozmiary szczególnie dokładnie mogłem poznać, pracując w niej od dłuższego czasu, przewyższa kilkakrotnie co do frekwencyi inne stacye berlińskie. W roku ubiegłym ogólna liczba osesków dobiegła już 5,000, a obecnie mamy dziennie średnio po 120 dzieci, w tem 10 do 15 po raz pierwszy przybywających. I tutaj na pierwszym planie stoi coraz to skuteczniejsza walka z tak rozpowszechnionem w czasach ostatnich sztucznem karmieniem i codziennie przekonać się można, jak z jednej strony usilne i przykładem poparte przekonywanie matek, pozostających pod wpływem rad i pojęć fałszywych, z drugiej zaś wsparcia w pieniądzach czy naturze, znakomicie wpływają na powolny, lecz stały wzrost odsetki karmionych piersią dzieci. Nader korzystne pod tym względem stosunki panują wśród licznych na wschodzie Berlina Po-

laków. Z pomiędzy polskiej naszej klienteli ledwie może 20% dzieci karmionych jest flaszką — i to przeważnie wtedy, gdy matka nieodzownie zmuszona jest pracować poza domem.

Zadanie stacyi w stosunku do dzieci, karmionych sztucznie, polega w zasadzie na dostarczaniu niemowlętom dobrego mleka po możliwie nizkiej cenie, a tylko w wyjątkowych razach za darmo. Mleka tego, również jak i mleka dla matek, dostarczają nadzorowane przez stacye zakłady mleczarskie. Te zakłady rozwożą mleko po wyznaczonych sklepach, skąd już matki na podstawie wydawanych im przez stacye kartek same do domu je zabierają lub mają dostarczane nawet do domu. Stacya I posiada 10 takich »składów« po sklepach spożywczych, nadzoruje zaś je w ten sposób, że próby mleka co pewien czas bywają badane co do zawartości tłuszczu oraz stopnia kwaśności. Kuchnia mleczna dostarcza pokarmu bardziej złożonego i trudnego do przygotowania, jak np. zupa słodowa lub maślanka. Maślanka w ostatnich czasach, przynajmniej w praktyce stacyi I, zeszła na plan dalszy wobec coraz szerszego stosowania mleka odtłuszczonego, którego dostarcza w większej ilości zakład mleczarski; mleko to, o średniej zawartości tłuszczu 0,3%, daje, zwłaszcza przy ostrych zaburzeniach, wyniki znakomite.

Aczkolwiek program pracy na polu walki ze śmiertelnością niemowląt nieprędko jeszcze się wyczerpie, stacye porad w ich nietylko wspierającej, lecz także wychowawczej i agitacyjnej roli stanowią jeden z najważniejszych etapów.

Stefan Kramsztyk.

III.

Instytucye pedyatryczne w Monachium.

Najstarszą instytucyą pedyatryczną w Monachium jest klinika chorób dziecięcych, t. zw. »Haunersches Kinderspital«. Jeżeli ona ma rozgłos i potrafiła zająć tak zaszczytne miejsce, to cała tego zasługa spada na jej kierowników, którzy dowiedli, że nawet w tak skromnych warunkach można pracować i tworzyć. Dyrektorem i duszą kliniki jest Prof. Dr Mainhard Pfaundler, pierwszym asystentem docent prywatny Dr Ernst Moro. Sama klinika, budynek stary, pod względem urządzenia wewnętrznego nie wytrzymuje krytyki z punktu widzenia dzisiejszych wymagań, pominąwszy już małą ilość łóżek, n. p. 6 dla niemowląt, 8 dla dzieci rocznych itd.; sale są ciemne, łóżka stare, pracownia mała, audytoryum ciasne, brak miejsca dla kuchni dla niemowląt (prowizoryczna mieści się wprost na sali chorych); mamki nie posiada klinika też ani jednej, bo niema jej gdzie pomieścić. Poliklinika posiada tylko jedną jedyną po-

czekalnię wspólną. Oddział dla chorób zakaźnych (jedyny w całem Monachium) składa się z dwóch pawilonów. Większy z nich, stary, dzieli się na trzy części — oddział odrowy, krztuścowy i płoniczy, drugi — nowy, jest przeznaczony tylko dla dzieci chorych na błonicę. O ile pierwszy stoi na równym poziomie z wyżej wymienionymi, o tyle drugi różni się znacznie od poprzednich. Dużo światła i miejsca, urządzenia nowoczesne, mała salka operacyjna do tracheotomii, do której jednak uciekają się tutaj tylko w tych wyjątkowych przypadkach, kiedy intubacya zawodzi, i wreszcie osobny pokój inhalacyjny dla dzieci chorych na krup. Pokój ten można z łatwością napełnić parą o określonej ciepłocie i wstawiać doń dzieci wraz z łóżeczkami na przepisany okres czasu. Wszystkim dzieciom przyjmowanym na oddział odrowy wstrzykuje się tu zapobiegawczo surowicę przeciwbłoniczą. Każdy z oddziałów zakaźnych posiada swój własny personal, pewnym kolorem znaczone fartuchy dla lekarzy i służby. Rzecz godna uwagi ze względu na nasze stosunki, że Szarytki z oddziałów zakaźnych mieszkają przy swych oddziałach i nie wolno im wcale komunikować się z gmachem głównym i mieszkającemi w nim siostrami. Wogóle przyznać należy, że wszędzie panuje wzorowy porządek i rygor, napływ hospitantów zagranicznych ogromny, czuć pracę celową i wytężoną (szczególnie względami cieszą się najnowsze zdobycze seropatologii), wykłady Pfaundlera i Moro są tak rzeczowe i barwne, frekwencya słuchaczy tak znaczna, że pomimo dotkliwych braków, o których wyżej wspomniałem, klinika wywiera wrażenie jaknajlepsze. Wkrótce dzięki zabiegom prof. Pfaundlera ma się rozpocząć budowa nowego pawilonu na 20 łóżek dla niemowląt. Chirurgię dziecięcą prowadzi w klinice prof. Herzog, większa jednak część materyału dziecięcego chirurgiczno-ortopedycznego skupia się w instytutach klinicznych prof. Stubenraucha i prof. Lange.

Oprócz powyższych posiada uniwersytet jeszcze drugą poliklinikę dziecięcą, prowadzoną przez prof. Dra Seitza w t. zw. »Reisingerianum«, gmachu, zawierającym jedno wspólne audytoryum i ambulatorya we wszystkich specyalnościach.

Na drugim końcu miasta, w budynku, przerobionym ze szkoły ludowej, znajduje się Gizela-Kinderspital. Nazewnątrz nader niepozorny, przedstawia jednak ten mały szpitalik wiele ciekawego i godnego widzenia. Obecnym jego kierownikiem jest Docent Dr. Jussuf Bey Ibrahim. Cały szpitalik, obliczony na 40 łóżek (w tem 18 dla niemowląt), posiada ambulatoryum (jedna poczekalnia wspólna), salkę operacyjną, dwie sale dla dzieci starszych, obszerną pracownię w połączeniu z pracownią rentgenowską i fotograficzną, i wreszcie to, co jest jego ozdobą — bardzo ładny oddział dla niemowląt, dwie mamki i wzorową, choć skromnie urządzoną kuchnię mleczną (»Milchküche«). Ta kuchnia jest nader starannie prowadzona,

oddział bowiem najchętniej przyjmuje dzieci z zaburzeniami przewodu pokarmowego i jedynem nieomal źródłem, skąd czerpie się dla nich środki lecznicze, jest właśnie kuchnia. Dumą oddziału jest dziecko maleńkie, które z powodu choroby matki (*nephritis*) było już w 7-ym miesiącu sztucznie porodzone i od pierwszego dnia życia znajduje się w szpitału. Ważyło ono przy przyjęciu 880 grm., długość ciała wynosiła 34 ctm. Obecnie liczy już rok i 6 miesięcy, waży 3600 grm., długość ciała wynosi 56 ctm. Dziecko sprawia wrażenie drobnego oseska z wyraźnymi objawami krzywicy. Wypielęgnowanie takiego niemowlęcia możliwe jest tylko przy tak inteligentnym i wyrobionym personalu, jaki szpitalik posiada. Cechą, wyróżniającą właśnie szpitalik z pomiędzy wielu innych, jest własna szkoła sióstr-dozorczyń. Zasadą tej szkoły jest przygotowanie młodych kobiet praktycznie i teoretycznie do rozumnego chowania dzieci zdrowych i umiejętnego pielęgnowania dzieci chorych. Przyjmowane są kandydatki bez różnicy wyznania i narodowości, byle tylko umiały po niemiecku i powołać się mogły na jakieś pewne polecenie, ze szczególnem uwzględnieniem takich, które się opiece nad chorymi zamierzają oddać na zawsze. Warunkiem koniecznym jest patent gimnazyalny albo świadectwo z ukończenia równoznacznego zakładu naukowego. Nauka trwa rok jeden, odbywa się pod kierunkiem lekarza naczelnego, doświadczonych miejscowych sióstr świeckich i nauczycieli specyalistów. Opłata wraz z utrzymaniem wynosi zaledwie 400 marek, bo się w to wlicza pracę uczennic dla zakładu. Przechodzą one przez wszystkie oddziały, ambulatoryum, kuchnię i kancelaryę, prócz tego słuchają wykładów anatomii, fizyologii, higieny i pielęgnowania dzieci zdrowych i chorych, pedagogiki i prowadzenia ksiąg. Po roku otrzymują odpowiednie świadectwo, jeżeli złożą egzamin praktyczny i teoretyczny. Cały szpitalik jest instytucyą nawskroś dobroczynną, stworzoną i utrzymywaną przez grono ludzi dobrej woli, przez t. zw. »Gisela-Kinderspital-Verein«. Więc ambulatoryum wydaje na własny koszt lekarstwa dla dzieci biedaków, kuchnia wydaje dla niemowląt chorych na zaburzenia żołądkowo-kiszkowe całodzienne porcye mleka, złożone z 6 flaszek i przygotowane według przepisu lekarza ambulatoryjnego, szpitalik udziela bezpłatnie porad na mieście dzieciom ciężko chorym, prowadzi w obrębie własnej dzielnicy systematyczną kontrolę i w razie potrzeby leczenie osesków, oddanych kobietom na wychowanie. Matki, karmiące swe dzieci własną piersią, otrzymują oprócz porady lekarskiej i zapomogi pieniężne.

Z kolei przejdziemy do trzeciej i ostatniej instytucyi, wchodzącej w zakres lecznictwa dziecięcego, do t. zw. »Säuglingsheim«. Założony dopiero przed pięcioma laty, powstał on dzięki inicyatywie kilku jednostek i byt swój zawdzięcza ofiarności opiekującego się nim towarzystwa. Mieści się w zwykłym domu mieszkalnym, zajmując pierwsze piętro i część par-

teru. Posiada niewielką, ale wzorową kuchnię mleczną (Milchküche), pięć mamek i 6 małych salek (w tem jeden pokój izolacyjny) na 30 łóżeczek dla niemowląt. Kierunek lekarski spoczywa w rękach Dra Rommela, personal służbowy składa się z sióstr bawarskich i uczennic. Uczennicami są młode dziewczęta, które po kwartale pobytu w zakładzie idą na miasto, jako dobre niańki dla dzieci. Urządzenie zakładu jest nader skromne i choć odpowiada najistotniejszym wymaganiom higieny dziecięcej, nie może się jednak równać z oddziałem niemowląt w szpitalu wyżej wspomnianym. Jedyną miarą przy przyjmowaniu dzieci jest istotna potrzeba przyjęcia. Tutaj więc znajdują przytułek czasowy dzieci niedonoszone, słabe od urodzenia, sieroty, dzieci nędzarzy, rodziców ciężko chorych, lub same chore. Skoro tylko stan ich poprawi się o tyle, że dalszy ich pobyt już nie jest konieczny, zakład zwraca je rodzicom czy opiekunom, a w razie potrzeby oddaje kobietom miejskim na wychowanie. W obu przypadkach otacza je dalszą opieką, nadzoruje ich rozwój, normuje dyetę i chętnie wydaje całodzienne porcye z własnej kuchni mlecznej. Wobec małych rozmiarów i stąd stałego braku miejsca, ażeby choć w części zaspokoić ogromną ilość potrzebujących, przytułek ten dla niemowląt musi działać możliwie szeroko nazewnątrz. We wspomnianym wyżej zakresie działalność ta zatacza rzeczywiście szerokie kręgi w walce z ogromną śmiertelnością niemowląt w Monachium.

Samo Monachium, miasto liczące około pół miliona ludności, nie posiada ani jednej własnej podobnej instytucyi miejskiej. Jest, prawda, ładny »Kinderasyl«, — schronisko dla dzieci zdrowych w wieku szkolnym, jest w Nymphenburgu wspaniały, z przepychem zbudowany i ogromny dom wychowywawczy dla sierot (także w wieku szkolnym), ale nic niema dla dzieci chorych i przedewszystkiem dla niemowląt. Nie mając własnych, wspomaga miasto już istniejące instytucye, a że tych jest znowu mało i taka pomoc nie wystarcza, na to wskazuje wymownie ogromna śmiertelość niemowląt w tym kraju. Kiedy w Bawaryi wogóle wynosi ona około 27%, to w niektórych okolicach dosięga przerażającej liczby 41,9%. W ostatnich czasach zwróciło to nawet uwagę społeczeństwa; powstało osobne stowarzyszenie z oddziałem centralnym w Monachium, mające na celu zorganizowanie walki z tą plagą, założono jeszcze trzy kuchnie dla niemowląt, otwarto kilka ambulatoryów bezpłatnych dla dzieci. »Centrale für Säuglingsfürsorge« zwróciła się w roku bieżącym do Izby Wyższej z obszernym memoryałem, w którym szczegółowo objaśnia i wskazuje niezbędne środki zaradcze. Przeszedłbym ramy niniejszej korespondencyi, gdybym chciał tutaj powtórzyć szeroki i pięknie opracowany program. Przeglądając go, mimowoli wracam myślą do kraju i zadaję sobie pytanie, kiedy też my przystąpimy do pracy na tem polu. *Tadeusz Kopeć.*

RUCH W TOWARZYSTWACH.

Otwarcie Sekcyi pedyatrycznej Tow. Lekarskiego Łódzkiego.

W d. 24 października w sali szpitala Anny-Maryi dla dzieci w Łodzi odbyło się posiedzenie inauguracyjne Sekcyi pedyatrycznej, utworzonej przy Towarzystwie lekarskiem łódzkiem.

Posiedzenie zagaił prezes Sekcyi Dr. J. Brudziński powitaniem gości i delegatów i zaprosił do stołu prezydyalnego delegatów, przybyłych z Warszawy, Towarzystwa lekarskiego warszawskiego — Dr. K. Ciąglińskiego, »Medycyny i Kroniki lekarskiej« — Dr. Matyldę Biehlerową, szpitala dla dzieci im Bersonów i Baumanów — Dr. Juliana Kramsztyka, Domu wychowawczego im. Beaudouina przy szpitalu Dzieciątka Jezus — Dr. B. Korybuta-Daszkiewicza, szpitala dla dzieci na Aleksandryi — Dr. Miszewskiego, oraz delegatów łódzkich: Towarzystwa lekarskiego. — Dr. K. Jasińskiego i L. Pinkusa, delegata Towarzystwa higienicznego i »Czasopisma lekarskiego« — Dr. S. Sterlinga. Na przewodniczącego zaproszono Dr. J. Kramsztyka. Przewodniczący odczytał nadesłane depesze i listy z życzeniami: od prof. Macieja Jakubowskiego z Krakowa, Redakcyi »Przeglądu lekarskiego«, »Tygodnika lekarskiego«, »Nowin lekarskich«, »Gazety lekarskiej« — od Dr. Andersa, Dr. Bączkiewicza, Dr. S. Kamieńskiego z Warszawy, prymaryusza Jana Landaua z Krakowa, Dr. Nowińskiego z Kijowa i Dr. Stefana Kramsztyka z Berlina. Na propozycyę Dr. Brudzińskiego postanowiono przesłać podziękowanie za złożone życzenia prof. Jakubowskiemu, jako nestorowi pedyatrów polskich. — Następnie Dr. Brudziński zapoznał zebranych z historyą powstania Sekcyi, podkreślił jej główne zadanie: porozumienie się co do najważniejszych zagadnień w zakresie pedyatryi drogą referatów i rzeczowej dyskusyi, przytoczył wytyczne punkty regulaminu, który najgłówniejszy nacisk kładzie na przygotowaną dyskusyę nad tematami ogólnymi; w tym celu przed posiedzeniem rozsyłana będzie treść referatu i wnioski, aby umożliwić przygotowanie

się do dyskusyi. Dr. Brudziński zaznacza stosunek Sekcyi do Towarzystwa lekarskiego: rozwój Sekcyi przyczyniać się będzie zarazem do rozwoju działalności Towarzystwa lek., gdyż Sekcya zobowiązuje się zgłaszać odczyty na porządek dzienny posiedzeń Towarzystwa lek. — Towarzystwu lekarskiemu za życzliwość, okazaną przy tworzeniu się Sekcyi, wyraża mowca w imieniu Sekcyi podziękowanie. Otwarciu pierwszej Sekcyi pedyatrycznej polskiej przypisuje mówca więcej, niż miejscowe znaczenie dlatego, iż ma nadzieję, że pobudzi to inne środowiska pedyatryczne do zgrupowania się ściślejszego, a w dalszem następstwie doprowadzi do zrzeszenia się wszystkich sekcyi pedyatrycznych w jedno Towarzystwo pedyatryczne polskie ze zjazdami rocznemi, coby się wielce przyczyniło do rozwoju pedyatryi polskiej. — Następnie przemawiali delegaci wyżej wspomnianych instytucyi, podnosząc ogólne znaczenie świeżo założonej Sekcyi i życząc jej powodzenia.

Dr. W. Jasiński odczytał rzecz p. t.: **Szkic rozwoju pedyatryi polskiej.** Prelegent omówił obszernie niekorzystne warunki, w jakich rozwijać się musiała pedyatrya polska, mianowicie brak szpitali dziecięcych do r. 1870, mała liczba katedr pedyatryi, brak oddziałów dla niemowląt i pracowni. Pomimo to dorobek pedyatrów polskich jest już dość znaczny. Prelegent zestawił prace z zakresu pedyatryi według poszczególnych działów, wymieniając tematy, które były przez pedyatrów polskich opracowane, oraz zaznaczając braki w dziale fizyologii i patologii okresu dziecięcego i dyetetyki niemowląt.

Dr. J. Brudziński omówił: **Cele i zadania pedyatryi spółczesnej.** Mówca wykazał, dlaczego pedyatrya powinna być uważana za odrębną specyalność, określił jej wyjątkowe stanowisko w rzędzie innych specyalności, oraz znaczenie, jakie dla ogółu lekarzy posiada studyowanie właściwości fizyologicznych ustroju dziecięcego, przyczynia się to bowiem w znacznej mierze do t. zw. indywidualizowania przypadków chorobowych. Za najważniejsze zadanie pedyatryi spółczesnej uważa mówca studyowanie fizyologii i patologii dzieci do lat dwóch; stąd wypływa konieczność zakładania specyalnych oddziałów dla niemowląt; szpitale dziecięce, wyłączające od przyjęcia dzieci do lat 2, są już obecnie przeżytkiem. Jako najważniejsze cele pedyatryi polskiej nakreśla mówca stworzenie wzorowych oddziałów dla niemowląt z odpowiednio urządzonemi pracowniami, utworzenie Towarzystwa pedyatrycznego, skupienie się pedyatrów polskich koło specyalnego organu. Z tych zamierzeń ostatnie zostało już wykonane; do urzeczywistnienia innych usilnie dążyć należy, aby postawić pedyatryę polską na równym poziomie z pedyatryą na Zachodzie.

Zamykając posiedzenie wyraził przewodniczący Dr. J. Kramsztyk w imieniu zebranych podziękowanie prezesowi Sekcyi za inicyatywę i trudy podjęte koło utworzenia Sekcyi.

Z Towarzystwa pedyatrów w Petersburgu.

Posiedzenie w d. 16 Stycznia 1908 r.

Dr. Gejking. **Ostry żółty zanik wątroby, jako powikłanie zapalenia wyrostka robaczkowego.** Chłopiec 6-letni przyjęty do szpitala oldenburskiego dla dzieci, na 4-ty dzień choroby, z objawami przedziurawiającego zapalenia wyrostka robaczkowego: brzuch mocno wzdęty; powłoki brzuszne wszędzie bolesne przy dotyku; w okolicy kątniczej zwiększony opór przy obmacywaniu; objawy ogólnego zakażenia. Przed przyjęciem do szpitala chory miał parę lekkich napadów zapalenia wyrostka. Podczas operacyi pośród dużego ropnia, wypełnionego cuchnącą ropą, znaleziono strzępy zmartwiałego rozpadniętego wyrostka z kamieniem kałowym wielkości fasoli. Oprócz tego pośród zlepionych pętli jelitowych znaleziono jeszcze 4 niewielkie, zupełnie otorbione, widoczuie dawniej powstałe ropnie, zawierające małą ilość żółtej, bez złego zapachu, gęstej ropy. Po operacyi stan chorego zaczął się poprawiać, ale na 36-ty dzień choroby ciepłota raptownie się podniosła i w ciągu 7 dni miała tor zwalniający. Żadnych przedmiotowych danych w tym czasie nie zanotowano z wyjątkiem zapalenia gardła, które już na drugi dzień przeszło. Na 49-ty dzień choroby chory opuścił szpital, lecz po upływie 11 dni nanowo został przyjęty w stanie ciężkim: ciepłota 40,2°, skóra ciemnożółta; w moczu obfita ilość barwików żółciowych, silne wycieńczenie. Przytomność upośledzona. W okolicy wątroby stępienie do 4-go żebra; ból przy naciskaniu. Przypuszczając ropień wątroby lub podprzeponowy, dokonał prelegent resekcyi 8-go żebra na prawej linii pachowej. Opłucna okazała się zdrową, a kilkakrotne głębokie przekłucia przez przeponę do wątroby ropy nie dały, tylko krew. Operacya nie była dokończona. Chłopiec zmarł po upływie 17 godzin po operacyi. Sekcya nie wykryła żadnych śladów zapalenia otrzewnej, atoli zamiast domniemanej zwiększonej wątroby znaleziono małą, zmarszczoną, wiotką, w której przy makro- i mikroskopowem badaniu stwierdzono cechy ostrego żółtego zaniku. Przy badaniu bakteryologicznem żadnych zarazków nie wykryto. Ostry żółty zanik wątroby w danym przypadku, zdaniem prelegenta, znajdował się w zależności od ropniaków otorbionych, znalezionych podczas pierwszej operacyi i na sekcyi. Prelegent przypuszcza, że w przeciągu całego tego czasu obfita ilość trujących związków dostawała się do wątroby przez żyłę wrotną, skutkiem czego w miąższu wątroby wytwarzały się stopniowo ciężkie zaburzenia w odżywianiu, które się zakończyły ostrym żółtym zanikiem.

Dr. Rauchfuss przytoczył spostrzegany przez siebie razem z Dr. Dombrowskim przypadek, gdzie przy zapaleniu

wyrostka robaczkowego u dziewczynki 11-letniej rozwinęło się ciężkie zatrucie z upadkiem działalności serca. Podczas operacyi znaleziono nieznaczne zmiany w wyrostku robaczkowym bez wszelkiego przedziurawienia. Już w kilka godzin po operacyi wszystkie objawy zatrucia przeszły i dziewczynka prędko przyszła do zdrowia. Takie szybkie wyzdrowienie trzeba objaśnić usunięciem źródła, w którem wytwarzały się jady.

Dr. Kapłun zapytuje, jakiego pochodzenia było zapalenie gardła? Czy nie ono było punktem wyjścia do następnych zmian w wątrobie?

Prelegent odpowiada, iż zapalenie gardła było bardzo słabe i zdaniem jego nie można upatrywać związku tegoż ze zmianami w wątrobie.

Prof. Lewin podnosi, iż w piśmiennictwie opisano przypadki ostrego żółtego zaniku wątroby po zapaleniach gardła, prawda, ciężkich. W danym przypadku szybkie zmniejszenie wątroby można objaśnić autolizą skutkiem wytworzenia w ustroju trucizn.

Stud. wojskowo-lekarskiej Akademii Krasnogorskij odczytał rzecz p. t. **Miód pszczół jako środek odżywczy przy sztucznem karmieniu niemowląt.** U dzieci z ciężkiemi zaburzeniami przewodu pokarmowego stosowanie zup miodowych (miód, odwar, mąka i mleko; miód, odwar z marchwi, mleko i t. d.) wywoływało polepszenie objawów ze strony jelit: stolec się poprawiał, waga ciała się podnosiła, ogólny stan polepszał się. Działania przeczyszczającego miód nie wywierał. Główne znaczenie według prelegenta ma miód w chorobach, wywołanych nadmiernem spożywaniem dwusacharoz (cukier trzcinowy, cukier mleczny), oprócz tego miód zawiera substancyę, wstrzymującą sprawy fermentacyi w jelitach (kwas mrówczany).

Dr. Abelman zaznacza, że zalecany przez prelegenta środek jest tylko czasową zamianą mleka, jak i inne przetwory sztuczne (zupa słodowa, maślanka), ponieważ dowiedzioną jest szkodliwość długotrwałego stosowania węglowodanów.

Dr. Rauchfuss sądzi, iż miód zasługuje na uwagę, jako jedyna w naturze w stanie gotowym monosacharoza, jako środek ludowy i tani.

Dr. Stanisław Ostrowski (Petersburg).

W warszawskiem Stowarzyszeniu lekarzy polskich

odbyło się w d. 6. XI. posiedzenie Sekcyi lekarzy szpitalnych, na którem Dr Wanda Szczawińska, lekarka Domu dla dzieci ozdrowieńców w Medan pod Paryżem, wygłosiła odczyt o ruchu, jaki powstał we Francyi od lat kilkunastu dla zmniejszenia śmiertelności wieku dziecięcego. Cały wysiłek na polu racyonalnego wychowania niemowląt klas pracujących został skierowany ku ułatwieniu matce wychowania i wykarmienia własnego dziecka. W tym celu »Assistance publique«, rządowa Instytucya Dobroczynności publicznej, udziela zapomóg pod różnemi postaciami matkom, wychowującym własne dzieci. To samo czynią związki kobiet pracujących »Mutualité maternelle«, oraz stowarzyszenia kobiet z warstw średnich: »Société d'allaitement maternel«, »Oeuvre de la Société de la charité maternelle« i t. p. Do tego, by wśród matek szerzyć poczucie obowiązku wychowywania własnych dzieci i karmienia ich własną piersią, zmierzają przez silną propagandę położnicy, a z nich głównie Budin. On to zorganizował »Consultations des nourrissons« przy własnym oddziale w celu śledzenia rozwoju dzieci, pochodzących z jego kliniki, i dał przykład innym, którzy go w tem naśladują. Pod wpływem położników powstały w niektórych fabrykach »nourriceries«, t. j. sale, gdzie składane są dzieci robotnic w godzinach ich pracy i dokąd robotnice udają się w pewnych godzinach dla karmienia ich. Państwo wydaje w swych fabrykach na ten cel 25,000 fr. rocznie. Podobną rolę odgrywają znane dziś wszędzie żłobki. Dla ratowania matek niezamężnych i ich dzieci, oraz dla ułatwienia matkom pracującym wykarmienia własną piersią swych dzieci i dzieci innej kobiety, powstało w Paryżu »Société maternelle parisienne La Pouponnière«, które pod Wersalem ufundowało instytucyę, doskonale się rozwijającą i zapewniającą schronienie 50 dziewczętom mamkom i 110 niemowlętom. Mamki pod ścisłym dozorem lekarskim spełniają doskonale swe obowiązki w przeciwieństwie do zwykłych mamek wiejskich, gdy bowiem śmiertelność dzieci, wychowywanych na wsi, sięga czasem 80%, w Pouponnière w Wersalu wynosi ona 2%. Wreszcie »Kropie mleka« ułatwiają biednym matkom zdobycie taniego i zdrowego mleka dla niemowląt, gdy karmić własną piersią nie mogą. — Ruch ten odbił się i na urządzeniach szpitalnych. Wyraził się on w oddzieleniu porad dla niemowląt od porad ogólnych dla dzieci i w higienicznych ulepszeniach szpitalnych. Pierwszy wzorowy żłobek zorganizował Dr Mery przy szpitalu »Enfants malades« w Paryżu; tu nadto po raz pierwszy stosowano systematyczne dyetetyczne leczenie niemowląt, które tak w chorobach przewodu pokarmowego, jak i w ostrych chorobach innych narządów najpomyślniejsze wydało wyniki. Śmiertelność żłobka »Husson« — taką nazwę nosi żłobek kliniki, — była

w 1905 r. 23%, gdy zwykła śmiertelność w żłobkach szpitalnych dochodzi do 60%. By rozszerzyć zakres dyetetycznego leczenia niemowląt, ważny szczególnie w czasie ich wyzdrawiania, Dr Mery zaproponował »Assistance publique« urządzenie Domu dla dzieci-ozdrowieńców w posiadłościach Emila Zoli w Medan pod Paryżem, którą żona znakomitego pisarza ofiarowała na cel szpitalny. Tu do dyetetycznego leczenia wycieńczonych chorobami dzieci dołączył Mery nowy, nader ważny w uzdrowieniach czynnik: świeże powietrze, którego żaden szpital dać nie może. W posiadłościach Zoli nie brak istotnie ani powietrza, ani miejsca. Dwie ogromne sale z wielkiemi oknami, w głównem zabudowaniu posiadłości, przeznaczone są dla dzieci, pozostających w zakładzie przynajmniej dni 22. W każdej sali jest dzieci od 10 do 11. Jest nadto salka o 8 łóżkach, przeznaczona do przyjmowania dzieci nowoprzybyłych, które, zanim przejdą do sal ogólnych, muszą tam pozostać dni 21. O ile pogoda sprzyja, dzieci spędzają dni na świeżem powietrzu. W zasadzie zakład nie przyjmuje dzieci chorych, jedynie dzieci wycieńczone chorobami, dzieci nierozwinięte (z hypotrofią) lub niedonoszone dzieci z upośledzonem trawieniem. Rekrutują się one głównie z dzieci, wypuszczonych z paryskich szpitali dla dzieci. W dyetetycznem leczeniu stosuje zakład przedewszystkiem mleko surowe własnych krów, dojoneych aseptycznie i przed samem spożywaniem przez dzieci, któr to mleko ma skład zawsze jednakowy, osiągany przez karmienie krów zawsze tą samą strawą. Gdy mleko surowe nie jest znoszone, dają dzieciom mleko zmodyfikowane, np. kwaśne mleko Miecznikowa, peptonizowane Backhausa. Nadto szerokie zastosowanie znajdują tu pokarmy mączne ze związkami węglowodanów, z powodzeniem dziś stosowane w leczeniu zaburzeń przewodu pokarmowego, a mianowicie: zupa słodowa Terrien, bulion Méry [1]), maślanka według Jacobsona i inne. Wyniki działalności zakładu są zachęcające (66 uzdrowień na 100), szczególniej, gdy zważyć trudności, z jakiemi spotyka się każda początkująca instytucya, oraz nędzę fizyczną dzieci, które przybywały do zakładu, o czem najwymowniej świadczą ich wagi przy zapisywaniu: np. 3,7 kg. w 14 miesiącu, 2,62 kg. w 3 mies., 4,0 kg. w 10 mies., a takich dzieci były dziesiątki. Zakład ma dwóch lekarzy: naczelnego — Dra Méry i ordynującego — Dra Wandę Szczawińską. Koszt utrzymania jednego dziecka wynosi 1000 fr. rocznie.

(*Przegląd lekarski*). *W. Knappe.*

---

[1]) Bulion Méry: na litr wody: 60 gr. marchwi, 40 gr. kartofli, 15 gr buraków, 10 gr. grochu, 5 gr. soli — gotować przez 4 godziny, przecedzić dodać na 100 gr. bulionu 1 łyżeczkę mąki ryżowej.